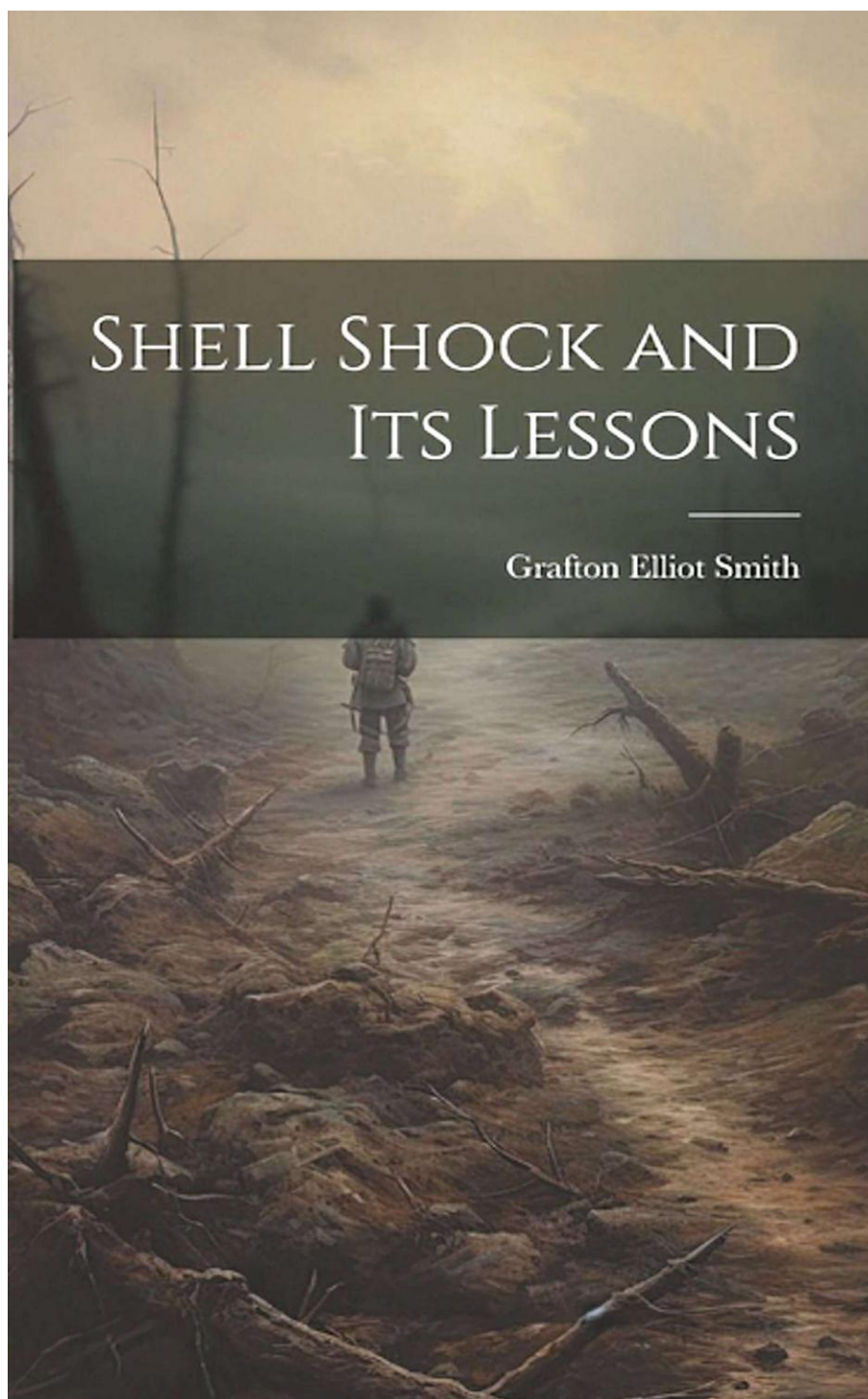


Контузия и ее уроки

Т. Х. Груша
Графтон Эллиот Смит



Электронная книга проекта "Гутенберг" о контузии и ее уроках

Эта электронная книга предназначена для использования любым человеком в любой точке Соединенных Штатов и большинства других частей мира бесплатно и практически без каких-либо ограничений. Вы можете скопировать его, раздать или повторно использовать в соответствии с условиями лицензии Project Gutenberg, прилагаемой к этой книге, или онлайн по адресу www.gutenberg.org. Если вы находитесь за пределами Соединенных Штатов, вам необходимо ознакомиться с законами страны, в которой вы находитесь, прежде чем использовать эту электронную книгу.

Название: контузия и ее уроки

Автор: Графтон Эллиот Смит

Т. Х. Груша

Дата выхода: 19 февраля 2025 г. [Электронная книга №75421]

Язык: Английский

Оригинальная публикация: Манчестер и Лондон: Издательство Manchester at the University Press & Longmans, Green, & Co, 1917

Кредиты: Боб Тейлор, Тим Миллер и команда онлайн-корректоров по адресу <https://www.pgdp.net> (Этот файл создан на основе изображений, щедро предоставленных интернет-архивом)

*** НАЧАЛО ПРОЕКТА ЭЛЕКТРОННОЙ КНИГИ ГУТЕНБЕРГА "КОНТУЗИЯ И ЕЕ УРОКИ" ***

КОНТУЗИЯ

Опубликовано Манчестерским университетом в издательстве UNIVERSITY PRESS (Х. М. Маккечни, секретарь)
12, Лайм-Гроув, Оксфорд-роуд, Манчестер.

Лонгманс, Грин и Ко.

Лондон: 39, Патерностер-Роу

Нью-Йорк: 443-449, Четвертая авеню и Тридцатая улица

Чикаго: Прери-авеню и двадцать пятая улица

Бомбей: Хорнби-роуд

Калькутта: 6, Олд-Корт-Хаус-стрит

Мадрас: 167, Маунт-роуд

КОНТУЗИЯ И ЕЕ УРОКИ

Дж. ЭЛЛИОТОМ СМИТОМ, магистром медицины, доктором медицинских наук, F.R.C.P., F.R.S.
Деканом медицинского факультета и профессором анатомии

И Т. Х. ГРУШЕЙ, B.Sc .
Преподаватель экспериментальной психологии

МАНЧЕСТЕР
В ИЗДАТЕЛЬСТВЕ UNIVERSITY PRESS
12, Лайм-Гроув, Оксфорд-роуд

LONGMANS, GREEN & CO.
Лондон, Нью-Йорк, Бомбей и др.

1917

ПУБЛИКАЦИИ МАНЧЕСТЕРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

№ CXI.

То
Майору Р. Г. РОУСУЭЛЮ, доктору медицинских наук, Р.А.М.К.

Содержание.

	Страница
Предисловие	vii
Введение	ix
 ГЛАВА I.	
Природа контузии	1

ГЛАВА II.	
Лечение	27
ГЛАВА III.	
Психологический анализ и перевоспитание	53
ГЛАВА IV.	
Некоторые общие соображения	77
ГЛАВА V.	
Некоторые уроки войны	105
Указатель	133

Предисловие.

Причины, побудившие нас написать эту книгу, будут объяснены самой книгой. Здесь мы хотели бы с благодарностью поблагодарить за помощь нескольких друзей, которые значительно облегчили нашу задачу. Мы благодарим майора Р. Г. Роуса, доктора медицинских наук, R.A.M.C., за его неизменный интерес, поддержку и помощь; капитанов У. Х. Р. Риверса, доктора медицинских наук, F.R.C.P., F.R.S., и Дж. У. Эстли Купера из R.A.M.C., и мистера Э. Гливза, M.Sc., за их ценные предложения и помощь в подготовке рукописи; капитану У. Э. Соуэрску Скотту, доктору медицины, R.A.M.C., доктору Альберту Хопкинсону и мистеру У. Перси Стоксу, F.R.C.S., из Манчестера, за помощь другими способами; и нашему коллеге, профессору Х. Бомпасу Смиту, за чтение корректур и помощь нам в устранении некоторых наиболее вопиющих литературных недостатков. Редактору The Lancet мы признательны за разрешение использовать часть статьи, написанной одним из нас. Поток запросов о более полной информации и разъяснениях, обрушившийся на автора этой статьи, сделал написание этой книги неизбежной обязанностью.

Г. Е. С.

Т. Х. П.

Медицинская школа,
Университет,
Манчестер.

20 апреля 1917 года.

Введение.

Читатель должен получить некоторое представление о причинах появления этой книги. В течение последнего года нас неоднократно просили, как представители медицинской профессии, так и непрофессионалы, написать простое, нетехническое изложение установленных фактов этой болезни или комплекса болезней, для которых мы приняли официальное обозначение “контузия”. До недавнего времени такая попытка была бы преждевременной и в значительной степени спекулятивной. Но теперь появилась возможность сопоставить медицинские заключения не только из нашей собственной армии, но и из Франции и России. Более того, ценные и наводящие на размышления данные были получены из дошедших до нас немецких медицинских журналов. Факты, описанные в различных отчетах, которые мы видели, полностью согласуются. Таким образом, выводы, содержащиеся в этой книге, основаны не только на нашем опыте.

Наша цель при публикации краткого и простого описания этих фактов двоякая: во-первых, сделать их доступными для тех, у кого нет ни времени, ни специальных знаний, необходимых для ознакомления с медицинскими журналами; во-вторых, привлечь внимание к очевидному значению этих истин для будущего благополучия и счастья нации.

Может показаться, что публиковать книгу на эту тему в такое время - значит просто беречь существующие раны. Тема болезненная; возможно, один из самых печальных аспектов войны. Но в настоящее время существует состояние, которое неизмеримо более болезненно — преувеличенное и часто ненужное душевное расстройство у многих пострадавших и их друзей, возникающее из-за того, что мы, как нация, привыкли рассматривать даже самые легкие формы психических отклонений. Из всех разновидностей страха страх перед неизвестным - один из величайших. Не последней успешной работой, проведенной в специальных госпиталях во время войны, было развеивание этого страха путем оказания помощи пострадавшему в понимании его странных симптомов (многие из которых просто необычны для самого пациента) и, в свете этого нового самопознания, в восстановлении здоровья.

Именно потому, что мы считаем, что подобное прощупывание *общественной* раны - отношения британцев к лечению психических расстройств — хотя и болезненно, но оправданно и необходимо, мы написали заключительные главы этой книги. Ибо нельзя слишком настаивать на том, что изменчивая и неустойчивая смесь апатии, суеверий, беспомощного невежества и страха, с которой наша собственная страна слишком долго относилась к этим проблемам, быстро становится нашим исключительным отличием. Следует понимать, что Америка, Франция, Германия и Швейцария давным-давно столкнулись с этой проблемой единственным практическим способом — научным. И к длинному списку наук, которые, как мы все согласны, должны совершенствоваться более усердно после войны, следует добавить — но не в самом конце и даже не ближе к концу — психиатрию, науку о лечении психических расстройств.

Не только патриотические мотивы побуждают к этой реформе, но и здравый смысл и общепринятая мораль. Ибо контузия не принесла нам новых симптомов. Его единственное отличие от других неупорядоченных состояний ума заключается в его необычайно интенсивных и широко распространенных причинах. Проблемы контузии - это повседневные проблемы “нервного срыва”. Они существовали до войны и не исчезнут чудесным образом с наступлением мира. Война навязала этой стране рациональный и гуманный метод ухода и

лечения психических расстройств среди своих солдат. Являются ли эти признаки прогресса лишь временными? Должны ли такие успешные меры ограничиваться продолжительностью войны и ограничиваться армией? Германия годами применяла их для облегчения страданий своего гражданского населения, с успехом, который сделал ее известной — за пределами Англии. Можем ли мы довольствоваться тем, что относимся к нашим страдальцам с меньшим сочувствием, пронизательностью и здравым смыслом, чем Германия?

Именно в это время, когда наша страна с тревогой обдумывает, как наилучшим образом извлечь уроки войны, мы хотим привлечь внимание к одному из этих уроков, который может быть упущен из виду.

ГЛАВА I.

Природа контузии.

A French doctor has said, “Il n’y a pas de maladies; il n’y a que des malades.”^[1] Какова бы ни была общая обоснованность этого утверждения, оно, несомненно, верно в отношении нервничающего солдата. Каждый случай - это случай сам по себе, и как таковой он должен быть рассмотрен любым человеком, будь то непрофессионал или врач, который заинтересован в его природе и лечении. Проблемы, проявляющиеся при многих заболеваниях, классифицируемых под официальным названием "контузия", чрезвычайно многочисленны и различны, и для их устранения требуется столь же разнообразный репертуар "вводных ходов" со стороны врача.

Хотя термин "контузия" применялся к группе заболеваний, многие из которых нельзя строго обозначить как "шок", и в причинности которых эффект взрыва снарядов является всего лишь одним из многих возбуждающих факторов, этот термин теперь приобрел более или менее определенное значение в официальных документах и в текущих разговорах. Именно по этой причине мы решили использовать его вместо более удовлетворительного, но менее широко используемого термина "Военное напряжение". Таким образом, читатель поймет, что всякий раз, когда термин "контузия" появляется на этих страницах, его следует понимать как популярное, но неадекватное название для всех тех психических последствий военного опыта, которые достаточны, чтобы лишить человека возможности выполнять свои военные обязанности. Термин расплывчатый; возможно, его использование подразумевает слишком многое; но это не совсем недостаток, поскольку никогда в истории человечества стрессы и перенапряжения, налагаемые на тело и разум, не были столь велики и многочисленны, как в нынешней войне. Таким образом, мы можем ожидать найти множество случаев, которые представляют собой не единую болезнь, даже не смесь, а, так сказать, химическое соединение болезней. В гражданской жизни мы часто сталкиваемся со случаями нервного срыва, не осложненного каким-либо серьезным физическим повреждением. Например, маловероятно, что он осложнится отравлением газом или пулевым ранением. И все же с подобными сочетаниями — или того хуже — приходится сталкиваться в больницах каждый день.

Возможно, здесь уместно указать на значительное распространенное непонимание природы таких заболеваний, которое мы обсудим в этой главе. Обычный способ описать состояние человека, отправленного обратно с "шоком", - это сказать, что он "потерял рассудок" или

“лишился чувств”. Как правило, это на редкость неподходящее описание такого состояния. Каким бы ни было душевное состояние пациента сразу после взрыва мины, погребения в блиндаже, вида и звуков его израненных товарищей или других ужасных событий, которые в конечном итоге выводят его из строя для службы на линии огня, справедливо сказать, что к моменту его прибытия в больницу в Англии его разум и чувства обычно не утрачены, а функционируют с болезненной эффективностью.

Разум подсказывает ему совершенно верно, и слишком часто для его личного комфорта, что, если бы он не отдал или не смог выполнить конкретный приказ, определенных катастрофических результатов могло бы и не быть. Это довольно убедительно говорит ему, что в своем нынешнем состоянии он не такой, как другие люди. И снова пациент рассуждает, вполне логично, но часто исходя из ложных предпосылок, что, поскольку у него проявляются определенные симптомы, которые его всегда учили ассоциировать с “сумасшедшими”, он тоже безумен или находится на пути к безумию. Если нет никого, кто мог бы довериться этому человеку, разрушить ложные основы его веры, донести до его ушей всю структуру его кошмара и, наконец, помочь ему перестроить для себя (а не просто реконструировать для него) новый и просвещенный взгляд на свое будущее — короче говоря, если его оставят в покое, попросят “взбодриться” или неблагоприятно изолируют, то его врагом может оказаться разум, а не его отсутствие. И никто из тех, кто наблюдал гиперэстезию к шуму и свету в неврологическом диспансере, никто из тех, кто видел воздействие на пациентов неожиданно выпадающего из огня угля, не отнесется с большим уважением к фразе “лишился чувств”. Конечно, существуют случаи функциональной слепоты, глухоты, кожной анестезии и других, но у большинства нервных пациентов ни одно из этих расстройств не проявляется, и выздоровление от них часто бывает быстрым.

Одним словом, мы должны искать термины для описания этих состояний не в интеллектуальной, а в *эмоциональной* сфере. Эти нарушения характеризуются нестабильностью и преувеличением эмоций, а не неэффективностью или ослаблением разума.^[2] И, как мы увидим позже, при перевоспитании пациента врач вынужден постоянно принимать этот факт во внимание.

Как мы уже указывали, каждый солдат с ослабленными нервами представляет собой отдельный случай. Рабская приверженность врача одному из классических названий или ярлыков, используемых при постановке диагноза, обычно приводит к неудаче. К пациенту следует подходить *без предубеждения*, и врач, желающий оказать ему реальную помощь, должен принять решение осмотреть душевные раны пострадавшего и поразмыслить над ними с такой же, нет, даже большей осторожностью и затратой времени, какие были бы потрачены на физические травмы. Простой беглый осмотр в ходе официального посещения отделения - это торжественный фарс, если он выдает себя за серьезную попытку вылечить душевнобольного.

Человек, стоящий по стойке “смирно” у своей кровати в окружении своих товарищей, лицом к лицу с офицером медицинской службы, военной сестрой и, возможно, даже с другими сотрудниками, может добровольно сообщить, что он плохо спит. Но эта внушительная процессия и облако свидетелей вряд ли способствуют получению каких-либо дополнительных доказательств относительно причины его бессонницы. Что касается этих причин, то даже довоенный опыт позволяет утверждать, что имя им - легион, а их характер часто носит чрезвычайно интимный и приватный характер.

Официальное посещение пациентов в палатах, хотя и достаточное для лечения физических травм (которым впоследствии могут оказать помощь квалифицированные медсестры) и необходимое в административных и дисциплинарных целях, является недостаточным для “психических больных”. Именно с учетом этого факта военные власти учредили специальные госпитали, в которых последней категории пациентов может уделяться более пристальное внимание. В этих учреждениях солдат может побеседовать наедине со своим медицинским работником, и история болезни может быть раскрыта в беседе. *Только таким образом можно получить какое-либо научное представление о случае психического расстройства.*

Короткое время, проведенное в таких интервью, или даже прочтение непосвященными статей, уже опубликованных в the Lancet, British Medical Journal и в других местах[3], убедит вас в огромной сложности этих необычных психических состояний, и, более того, в абсолютной необходимости получения и понимания прошлой истории пациента, до и во время войны. Дюжина случаев, отправленных обратно с фронта в результате контузии, может оказаться не имеющими ни одной общей черты, за исключением факта взрыва снаряда. И это, как уже указывалось, может быть всего лишь “последней каплей”. [4] Пациент часто раскрывает при первом собеседовании тот факт, что у него проявлялись все его нынешние симптомы до появления конкретной оболочки, которая свалила его с ног.

Теперь можно попытаться сделать краткий набросок типичных состояний, которые приводят к некоторым из основных разновидностей контузии. Давайте возьмем обычный случай; случай пациента, который возвращается в эту страну и фигурирует в списках раненых под краткой и деловой военной формулой “шок, контузия”.

По разным причинам, которые читатель легко объяснит, мы решили представить целостную картину истории такого солдата. Не все условия, описанные здесь, обязательно действовали в каком-либо одном случайном случае, но мы допустим ошибку, если вообще допустим, в сторону преуменьшения. Правильность описания может быть проверена ссылкой на уже упомянутые статьи. [5]

Сначала мы должны попытаться понять переживания солдата до нанесения нокаутирующего удара, насколько они влияют на его нынешнее состояние. Давайте предположим, что период обучения сделал его физически и психически более подготовленным, чем он когда-либо был прежде, что никакие военные причины беспокойства или страха, такие как переживание или ожидание быть торпедированным во время внешнего рейса, не подействовали в его случае в сколько-нибудь заметной степени. Он входит в окопы в первоклассном состоянии. Продолжительность его пребывания там, при условии, что он не ранен и не подвержен каким-либо телесным заболеваниям, с этого времени будет зависеть от природы, продолжительности, интенсивности и частоты причин, вызывающих эмоции, и от него самого. Под этим всеобъемлющим словом “он сам” мы подразумеваем главным образом его темперамент, предрасположенность и характер. [6]

Следует помнить, что одним из главных источников нервного срыва в таких обстоятельствах являются сильные и часто повторяющиеся эмоции. [7] Под этим подразумеваются не только переживания страха или сочувствия к страдающим товарищам, короче говоря, те состояния, проявления которых могут привести к тому, что о человеке в окопах будут говорить как об “эмоциональном”, но и другие психические состояния, связанные с общим возбуждением, тревогой, раскаянием в крупных или незначительных ошибках, гневом, восторгом, депрессией

и тем сложным, но очень реальным состоянием, боязнью испугаться. (Более определенные термины технической психологии здесь не используются, поскольку считается разумнее использовать популярный язык.)

Солдат может подвергаться интенсивным эмоциональным воздействиям такого рода в течение нескольких дней или недель без облегчения. И в то время как душевнобольному в гражданской жизни часто даруется сон, “ставящий его на ноги” для более или менее эффективного продолжения борьбы на следующий день, для солдата сон может быть невозможен, не обязательно из-за его возбужденного психического состояния, но просто из-за отсутствия возможности или происходящих вокруг него беспорядков. Со временем эта потеря сна по внешним причинам может легко вызвать физическую и психическую возбудимость, которая, в свою очередь, становится еще одной причиной бессонницы. Затем быстро развиваются обычные психические состояния, связанные с потерей сна: боли и неприятные органические ощущения, гиперэстезия, раздражительность, эмоциональная нестабильность, неспособность успешно фиксировать внимание на важных вопросах в течение какого-либо периода времени, потеря способности к торможению и самоконтролю.[8]

Эти симптомы, достаточно неприятные в гражданской жизни, становятся положительно опасными для человека в окопах, особенно если он занимает ответственное положение. В этом случае его положение офицера или младшего командира только усугубляет его душевные страдания. Физические трудности, такие как пребывание на холоде и сырости, голод и раздражение от паразитов, очевидно, усугубляют описанные нами расстройства.

Однако мы не должны предполагать, что человек, испытывающий некоторые или все эти психические и телесные состояния, в этот период обязательно проявляет какие-либо очевидные *внешние* признаки своего недуга. У него не может быть тремора, подергиваний, потери контроля над лицевыми или голосовыми мышцами, что указывало бы на его состояние даже соседям. Он может в течение длительного времени “употреблять свой собственный дым”. И во время этого процесса он может даже показаться своим товарищам более уравновешенным и презирающим опасность, чем раньше. Доктор Форсайт[9] привел несколько драматических случаев, в которых офицеры, которые воображали, что их инстинктивный страх становится очевидным для подчиненных им людей, шли на неоправданный риск, чтобы внушить этим людям мысль, что они не боятся.

Следует понимать, что это подавление внешних проявлений эмоции, такой как страх, является всего лишь частичным доминированием телесных сопутствующих этой эмоции факторов. Единственные изменения, которые обычно можно контролировать с помощью воли, - это изменения произвольной или скелетно-мышечной системы, а не изменения непроизвольного или висцерального механизма. Хотя на лице, теле, конечностях или голосе пока нельзя обнаружить признаков страха, эти нарушения дыхательной, кровеносной, пищеварительной и выделительной систем могут присутствовать в очень неприятной степени, вероятно, даже усиливаясь из-за того, что нервной энергии отказывают в других каналах выхода.[10]

Подавление страха и других сильных эмоций требуется не только от солдат в окопах. Этого постоянно ожидают в обычном обществе. Но опыт войны наглядно продемонстрировал нам два факта. Во-первых, до этой эпохи позиционной войны очень немногим людям приходилось постоянно подавлять страх в течение очень длительного периода времени. Во-вторых, люди испытывают страх по-разному и в очень разной степени.

Первый факт объясняет крах под длительным напряжением позиционной войны людей, которые неоднократно проявляли себя храбрыми и заслуживающими доверия. Они могли испытывать сильные эмоции, очевидно, не только от страха, в течение длительного времени, не проявляя никаких их признаков. Но подавление эмоций - очень изматывающий процесс. Как говорит Бэкон, “Мы знаем, что болезни, связанные с остановкой дыхания и удушьем, наиболее опасны для тела; и немногим иначе обстоит дело с разумом”.

Второй факт, упомянутый выше, имеет большое значение при рассмотрении нашей проблемы. Несомненно, есть люди, которые, по-видимому, невосприимчивы к страху перед опасностями войны. Но к ним едва ли можно применить прилагательное “храбрые”. Храбрый человек - это тот, кто, испытывая страх, либо преодолевает его, либо отказывается допустить, чтобы его последствия помешали исполнению его долга.

Однако, помимо страха, возникают и другие эмоциональные состояния, которые требуют подавления. Склонность испытывать сочувственную боль или дистресс при ужасающих зрелищах и звуках, отвращение или тошноту при происходящем в окопах, “нервное” напряжение перед лицом неизвестных опасностей, таких как мины, — все это, как и страх, биологически полезно в естественных условиях и, подобно ему, глубоко и врожденно укоренилось в человеке. Но неестественные условия современной войны делают необходимым сдерживание их в течение чрезвычайно длительных периодов времени.

Невозможность рассматривать современные методы ведения войны в том же свете, что и естественные и примитивные средства ведения боя, становится очень очевидной, когда мы рассматриваем инстинктивные и эмоциональные факторы, связанные с двумя наборами обстоятельств. В естественном бою, лицом к лицу со своим противником, вооруженным только руками или каким-нибудь примитивным оружием для ближнего боя, высшим инстинктом здорового человека, естественно, была бы драчливость с сопутствующей ей эмоцией гнева. Эффект от каждого удара был бы виден, и сильное возбуждение, вызванное относительно коротким соревнованием, имело бы тенденцию подавлять действие других инстинктов, таких как инстинкт бегства с его эмоцией страха. Но в позиционной войне условия другие. У человека редко бывает личный враг, которого он может видеть и на ком он может наблюдать последствия своих атак. Его гнев не может быть днем и ночью направлен против траншеи, полной невидимых людей, точно так же, как он может быть спровоцирован нападением на него отдельного человека. И часто нападения, совершаемые на него в наши дни, носят обезличенный, недискриминационный и непредсказуемый характер, как в случае сильного обстрела. Ему запрещен один естественный способ, которым он мог бы дать выход своим сдерживаемым эмоциям, бросаясь в атаку на врага. Таким образом, он подвергается нападению изнутри и снаружи. Шум разрывающихся снарядов, предупреждающие звуки приближающихся снарядов во время волнующих периодов ожидания и вид раненых поблизости, которым он не может помочь, - все это обрушивается на него, в то время как в то же время он может отчаянно бороться с самим собой. Наконец, он может рухнуть, когда рядом с ним разорвется снаряд, хотя он не обязательно должен был пострадать в результате фактического контакта с частицами разорвавшейся ракеты, землей, взметнувшейся при ее ударе, или газами, выделившимися при ее взрыве. В это время он может быть без сознания, а может и не быть.^[11] Его вытаскивают из окопов с потерей сознания или в состоянии оцепенения или бреда с подергиваниями, дрожью или отсутствием мышечной силы.

После восстановления сознания, которое может наступать через периоды, варьирующиеся от нескольких минут до нескольких недель, непосредственные нарушения ощущений, эмоций, интеллекта и движений часто бывают очень серьезными. Можно предположить, что в начале войны они, должно быть, казались большинству врачей, наблюдавших их на ранних стадиях, гораздо более серьезными, чем сейчас. Это предположение подтверждается материалами дела, присланными вместе с людьми из Франции в начале кампании. Такие диагнозы, как “бредовое помешательство” и другие подобные термины, взятые из современных классификаций продвинутых состояний безумия, очень часто появляются как описания случаев, которые по прибытии в Англию почти полностью утратили все признаки психической необычности. Фактически, одним из наиболее обнадеживающих аспектов работы с пациентами такого типа была скорость, с которой мужчины, у которых были довольно тревожные симптомы, впоследствии выздоравливали.

Может показаться почти излишним перечислять странные явления, являющиеся непосредственными результатами контузии, поскольку наши газеты, естественно, ухватились за такие необычные подробности и максимально использовали свои возможности в этом направлении. Но читатель получит более четкое представление об этих фактах, если еще раз их каталогизирует.

Наиболее очевидными явлениями, несомненно, являются нарушения чувствительности и движения. Солдат может ослепнуть, оглохнуть или онеметь от разрыва снаряда: в редких случаях у него могут проявляться все три расстройства одновременно или даже последовательно. Следует добавить, что эти неприятности часто исчезают через короткий промежуток времени так же внезапно и драматично, как и появились. Таким образом, один из ослепленных солдат, выживших на “Геспериане”, прозрел после того, как его бросили в воду. Другим слепым пациентам восстанавливали зрение под действием гипноза. Мутизм часто преодолевается шоком от сильной эмоции, вызванной случайно или намеренно. Примерами таких “шокирующих” событий, взятых наугад из нашего опыта, были зрелище другого пациента, выскальзывающего из рук санитаря, “погружение под хлороформ”, применение фарадического тока к шее, объявление в “доме кино” о вступлении Румынии в войну (это вылечило два случая одновременно) и зрелище выходок нашего самого популярного кинокомика. Последнее учреждение вылечило случай функционального глухонемого мутизма, первым слуховым ощущением пациента был звук его собственного смеха.

Мышечная система может быть поражена столь же поразительным образом. Часто возникают контрактуры, при которых кулак мужчины может быть неподвижно сжат в течение нескольких месяцев; или его спина может быть согнута почти под прямым углом к нижним конечностям, при этом ни в том, ни в другом случае невролог не обнаруживает никаких телесных изменений, которые могли бы объяснить такое состояние. Эти контрактуры, хотя и поддаются лечению, часто оказываются очень стойкими, и в настоящее время их природа остается в некоторой степени загадкой. Другие тревожные и длительно продолжающиеся нарушения принимают форму мышечных подергиваний и тремора или потери силы в конечностях.

Однако не каждое нервное заболевание имеет такие поразительные и объективные признаки, как те, которые мы только что описали. *Субъективные* нарушения, которые могут остаться незамеченными при беглом осмотре пациента, часто более серьезны, чем объективные,^[12] и с ними сталкиваются тысячи пациентов, которые для простого стороннего наблюдателя могут

представлять не больше признаков ненормальности, чем легкая дрожь, заикание или подавленное или возбужденное выражение лица. Эти недуги: потеря памяти, бессонница, ужасающие сны, боли, эмоциональная нестабильность, снижение уверенности в себе и самоконтроля, приступы потери сознания или изменения сознания, иногда сопровождающиеся судорожными движениями, напоминающими характерные для эпилептических припадков, неспособность понимать что-либо, кроме самых простых вещей, навязчивые мысли, обычно самого мрачного и болезненного характера, даже в некоторых случаях галлюцинации и зарождающийся бред, — превращают жизнь некоторых из их жертв в настоящий ад. Такие пациенты, возможно, оправились от сенсорных или моторных нарушений и все же могут страдать от любого или всех этих недугов как остатков первоначального “шокового комплекса”; они могут страдать от них как от осложнения дискомфорта, сопровождающего рану или болезнь, или, с другой стороны, у них может не быть явных телесных расстройств: тогда их недугу обычно дается простое, но всеобъемлющее (и благословенное) описание “неврастения”.

Очевидно, что счастье и благополучие таких людей в немалой степени связаны с характером больницы или больниц (поскольку при составлении историй болезни этих пациентов обычно используется множественное число), в которые их направляют. В общих военных госпиталях у офицеров-медиков нет ни времени, ни, во многих случаях, специальных знаний, необходимых для лечения случаев подобного рода. Такие пациенты могут выздоравливать сами без какого-либо лечения, но у большого числа из них наблюдается тенденция к ухудшению состояния, и если их оставить без внимания, их симптомы склонны превращаться в стереотипные бредовые идеи и галлюцинации. Более того, в палате общего профиля такие мужчины могут стать постоянным источником беспокойства и раздражения для других пациентов и медсестер. Одним из симптомов их болезни является нездоровая раздражительность; они склонны расстраиваться и обижаться по малейшим пустякам^[13] — и это приводит к неприятностям с пациентами, медсестрами и медицинскими работниками, ответственными за дисциплину. Но если медсестры проявляют к ним особое внимание, другие пациенты склонны неправильно понимать это и даже жаловаться на фаворитизм. Другими словами, когда их смешивают с ранеными в больнице общего профиля, на этих нервных пациентов склонны смотреть как на помеху, что вредно для них самих и для надлежащей работы больницы. Другое соображение также заключается в том, что подчинение таких людей суровым правилам военной дисциплины и обычным наказаниям за их нарушение часто является настолько мощным фактором, вызывающим беспорядки, что становится совершенно фатальным для любой надежды на улучшение положения.

Эти соображения побудили военные власти создать специальные госпитали для нервно-паралитических больных.^[14] В таких учреждениях за пациентами может ухаживать персонал, который, будучи привычным к особенностям таких заболеваний, может создать для них более подходящие условия.

Особое нервное заболевание человека, вероятно, является обычным явлением в психиатрической больнице; оно не делает его заметным и, следовательно, объектом суетной заботы, раздражающей жалости или подозрительного презрения, как это слишком часто бывает в других учреждениях. Если он не ранен, ему не нужно страдать от насмешек по поводу того, что “ему нечего предъявить” в качестве причины пребывания в больнице. Кроме того, в специальной больнице некоторым симптомам пациента придается большее значение, другие

вызывают меньше беспокойства. Остальные мужчины в больнице этого класса рассматривают возникновение “припадка” с более объективной точки зрения, и пациент не оказывается девятидневным чудом, как это легко может случиться в небольшом вспомогательном госпитале, полном пациентов с простыми ранениями.

До этого момента мы обсуждали различные неприятности, подпадающие под термин “контузия”, в том, что можно назвать его начальной и средней стадиями. На средней стадии пациент, оправившийся от тяжелых и острой симптоматики, составлявшей предыдущую фазу, остается с пестрым набором неприятностей, главные из которых мы перечислили на страницах 12, 13. Проводя различие между этой средней стадией и той, что следует за ней, мы, возможно, можем попросить читателя помочь нам, напомнив о разнице между механической смесью и химическим соединением. В первом случае ингредиенты смеси остаются неизменными и на них не влияет близость других веществ, как, например, при смешивании сахара с песком. С другой стороны, в соединении между компонентами происходят химические действия и реакции, так что ни одно из веществ не может быть сразу распознано в комплексе, как, например, когда углерод, водород и кислород соединяются с образованием спирта, который не похож ни на одно из них.

Теперь было бы искажением фактов разума предполагать, что в то время как третья стадия контузии является сложной (каковой она, несомненно, и является), средняя стадия представляет собой смесь. Ибо сама сущность ума заключается в его сложной природе. Но на что мы хотим обратить внимание, так это на то, что на этой средней стадии у аномалий было очень мало времени, чтобы отреагировать друг на друга, в результате чего возникает некоторое сходство с состоянием смешения, когда явления, так сказать, временно существуют бок о бок. На этой стадии пациента могут беспокоить одновременно несколько необычных психических явлений, таких как ужасающие сновидения во время очень чуткого сна, потеря памяти на определенные периоды своего прошлого и неспособность понимать или выполнять сложные приказы. В течение короткого времени в своем “сбитом с толку” состоянии он может быть обеспокоен отдельными приступами этих различных неприятностей в разные периоды дня, и он может быть слишком подавлен, чтобы попытаться понять или попытаться увидеть связь между ними. Это состояние ума, в котором пациент все еще остается своим “старым я”, хотя и несколько перевернутым “я”, напоминает механическую смесь на нашей иллюстрации. Читатель может получить некоторое представление об этом состоянии, если он вспомнит какой-нибудь день из своего собственного опыта, когда “казалось, что все идет наперекосяк”; когда в один момент он поворачивался лицом к этой трудности, в другой - к другой, но все еще сохранял в значительной степени свое обычное отношение к миру.

Однако, как уже указывалось, состояние “механической смеси” совершенно чуждо нормальному разуму, который склонен быстро интерпретировать в свете своего собственного опыта и, насколько это возможно, интегрировать происходящие события, какими бы несообразными они ни были. Разум не может сколь угодно долго позволять новому опыту оставаться непривычным или непереваренным. Он должен собрать это событие и ассимилировать его с систематизированным комплексом, который мы называем его собственным прошлым опытом. Отсюда следует, что конечный результат нового опыта для любого конкретного разума, если он носит личностно значимый характер, будет почти полностью зависеть от прошлой истории этого разума.

Таким образом, например, вопрос о том, может или не может пациент удовлетворительно противостоять своим новым неприятностям, будет определяться не только его предрасположенностью, темпераментом и характером, но и его предыдущим личным опытом.

Таким образом, любому, кто серьезно рассматривает этот вопрос, очевидно, что проявление тяжелого психического шока обязательно должно определяться в значительной степени природой психики, на которую обрушивается травма. Поэтому было бы напрасно утверждать, что при постановке диагноза историю прошлого опыта пациента можно не принимать во внимание, поскольку проявление травмы, очевидно, будет в значительной степени зависеть от “психического склада” отдельного пациента.

Столкнувшись с существованием ряда необычных психических феноменов, пациент неизбежно преуспееет со временем в изобретении для себя объяснений их сосуществования. Эта “рационализация”, [15], как ее называют, является совершенно нормальным процессом, который постоянно происходит у каждого человека, однако он играет большую роль в усложнении психических расстройств средней стадии и, таким образом, усиливает конечный дистресс пациента. Например, он может быть лишь временно обеспокоен необычными переживаниями, о которых мы упоминали [16], если они преследуют его отдельно. Но, со временем, он скоро начнет связывать их проявления и будет доказывать себе, что эти явления могут иметь только одно значение: что он безумен или быстро становится таковым. И в этой совершенно ошибочной процедуре ему будет помогать не только его собственное невежество в отношении ментальной нормальности к ненормальности, но и общая тенденция необразованных людей относить все необычное в ментальной сфере к разряду “безумия”. Как только он убедится, что находится в таком состоянии, он может легко потерять всякую надежду на выздоровление, тем самым значительно увеличивая серьезность своего случая. Тогда будут множиться совершенно нелогичные, но для него вполне удовлетворительные объяснения его состояния.

Как мы уже упоминали, такая рационализация не является чем-то необычным в обычной жизни. Любому, кто хоть на минуту задумается над этим вопросом, будет ясно, что лишь немногие из ненаучных [17] убеждений, которых придерживается даже высокообразованный человек, когда-либо были логически обоснованы на основе фундаментальных принципов. На самом деле такие принципы часто недостижимы по той очень веской причине, что они никогда не были осознанно сформулированы индивидом. Взгляды человека на религию, политику или отношения и права полов могут демонстрировать в своей внешней оболочке подобие рациональной структуры: однако в их основе лежит не разум, а эмоции. Как выражает это Джеймс: —

“По своей внутренней природе вера или чувство реальности - это своего рода чувство, более связанное с эмоциями, чем с чем-либо еще ... реальность означает просто отношение к нашей эмоциональной и активной жизни. Это единственный смысл, который когда-либо имеет это слово в устах практических людей.... Всякий раз, когда объект настолько привлекает нас, что мы обращаемся к нему, принимаем его, наполняем им наш разум или практически принимаем его во внимание, постольку он реален для нас и мы верим в него. Всякий раз, напротив, когда мы игнорируем это, не в состоянии рассмотреть это или действовать в соответствии с этим, презираем это, отвергаем это, забываем это, пока это нереально для нас и в это не верят.... Все,

что имеет тесную и непрерывную связь с моей жизнью, - это вещи, в реальности которых я не могу сомневаться”.[18]

Однако мало кто осознает эту истину так ясно или выражает ее так доходчиво, как профессор Джеймс. Часто мы считаем, что логически убеждены, в то время как на самом деле сначала были убеждены, а потом уже придумывали причины для своей убежденности. Но многие из наших убеждений и установок были привиты нам в детстве или ранней юности в результате процессов, которые при самом большом напряжении воображения нельзя было бы назвать логичными. И не менее важными из этих убеждений являются те, которых придерживается среднестатистический британец в отношении безумия.[19]

Таким образом, для пациента его психические проблемы, имеющие тесную и непрерывную связь с его жизнью, становятся действительно очень реальными. Но чем дольше его оставляют в покое, чтобы он “взбодрился”, чем дольше он размышляет о своих проблемах в изоляции, чем дольше ему позволяют строить теории на своих неадекватных и неточных данных, тем более тесными и постоянными становятся связанные с его жизнью отклонения. Они могут настолько слиться друг с другом, что сама его личность приобретет оттенок. Тогда он уже не обычный человек, сражающийся со своими отдельными врагами, а тот, кто заключил условия, и часто катастрофические, со своими близкими врагами. Попытка вылечить его на этой стадии потребует анализа очень сложного соединения, в то время как на ранней и средней стадиях необходима просто атака на отдельные элементы.

В настоящее время нас интересуют факты контузии, но, возможно, это подходящее место для обсуждения мнения об этом наборе явлений, которые не являются редкостью, особенно, возможно, у людей старше призывного возраста. Это суждение, выражаемое иногда прямолинейно, но чаще в более утонченной форме, состоит в том, что шок или неврастения - вежливые названия не чего иного, как “испуга”. Нелегко беспристрастно взглянуть на этот вопрос, но для людей, придерживающихся такого мнения, следующие моменты заслуживают рассмотрения.

Во-первых, наиболее серьезные и тревожные симптомы проявляются в удивительной степени у тех пациентов, история болезни которых показывает, что они не обладали даже нормальной долей робости, но были известны своей “отвагой” и были специально выбраны в качестве курьеров, снайперов и санитаров на линии огня. Во-вторых, нередко пациенты просят, чтобы их вернули к работе, потому что они чувствуют, что им слишком долго было нечего делать, в то время как врачу совершенно очевидно, что они еще не способны переносить какие-либо большие нагрузки. В-третьих, у закаленного рядового, офицера или унтер-офицера [20], а также у молодого солдата, прослужившего всего несколько месяцев, могут проявляться точно такие же симптомы, как те, которые мы описали. Такие люди часто служили в армии в течение многих лет и в предыдущих случаях сражались с большим успехом. Их сила духа и тела демонстрировалась снова и снова, но в конце концов они сломались. И они проявляют величайшую озабоченность по поводу своих необычных симптомов.

Конечно, можно с готовностью допустить, что среди нервно-паралитических больных, вернувшихся с фронта, есть случаи, у которых наблюдается подлинный страх перед войной, возникающий из воспоминаний о пережитом ими опыте. Однако даже такое душевное состояние пациент обычно выражает примерно в такой фразе, как “Я не хочу возвращаться, но я пойду туда вполне добровольно, если мне прикажут”. Более того, не следует забывать, что

известно немалое количество случаев, когда эти люди неоднократно пытались поступить на военную службу после того, как им несколько раз отказывали, или даже увольнялись из армии, меняя своего медицинского эксперта, пока им это не удавалось. Один случай, в котором проявлялось большое количество симптомов контузии в очень интенсивной форме, включая, помимо обычных неврастенических расстройств, слепоту, глухоту и мутизм последовательно, был у человека, который был уволен из армии как непригодный по медицинским показаниям и повторно поступил на службу.

Здесь можно привести два случая в качестве иллюстрации некоторых из этих утверждений:

Первое - это история унтер-офицера, который прошел первые одиннадцать месяцев войны во Франции и Фландрии, подвергался всевозможным нагрузкам, физическим, умственным и моральным, которые испытывало это тяжелое поле боя; и вдобавок был дважды ранен, дважды отравлен газом и похоронен под домом, причем во всех пяти случаях ему оказывали помощь в полевой машине скорой помощи, а затем он возвращался в окопы. После всего этого он не имел права на отпуск по болезни, но ему был предоставлен обычный пятидневный отпуск, чтобы вернуться домой, по-видимому, в хорошем состоянии здоровья. Добравшись до Англии и ожидая поезда на вокзале, он внезапно потерял сознание и в течение нескольких месяцев страдал тяжелой неврастенией. Очевидно, на фронте волнение, чувство ответственности и особенно пример, который, по его мнению, он должен был подавать своим людям, похоже, поддерживали его в форме. Эти стимулы исчезли, и он сломался. Все его неприятности, по-видимому, были вызваны страхом, что по возвращении на фронт дополнительная ответственность, которая ляжет на его плечи (потому что большинство его собственных офицеров были убиты и на смену им придут новые люди), может оказаться для него непосильной. Его интеллект, казалось (ему самому), оцепенел от пережитого, и он осознал ненадежность своей памяти и свою неспособность понимать не только сложные приказы, но, как он выразился, "даже газеты". Именно это возбудило в нем страх, что он окажется некомпетентным для надлежащего выполнения возложенных на него обязанностей. В его случае не было никакой симуляции или уклонения от выполнения обязанностей. Он не боялся физических травм или возвращения на фронт; напротив, ему не терпелось вернуться. Его страх перед тем, что возможность его неудачи плохо скажется на его взводе, был полностью вызван тем замечательным чувством преданности полку, которое так ярко проявляется в нервных расстройствах унтер-офицера.

Этот класс случаев требует большого терпения и сочувственного внимания, прежде чем будет выявлена истинная причина проблемы, а затем могут потребоваться месяцы перевоспитания, чтобы заново укрепить уверенность человека в себе.

Второй случай - это случай солдата, который страдал от тяжелых симптомов шока и выздоровел. В разговоре с офицером медицинской службы солдат выразил свою готовность и даже желание вернуться на фронт, полностью осознавая тот факт, что рапорт офицера в этом смысле приведет к тому, что его отправят обратно воевать. В ту ночь пациент был разбужен ужасающим сном, истинное значение которого, конечно, не было оценено им должным образом. Хотя ему снилось, что он боялся возвращаться на фронт, очевидно, он не осознавал, что на самом деле боялся — *т.е.*, что сон имел какое-то значение. При рассмотрении оказалось, что это подробный прогноз воображаемых событий, связанных с его возвращением в свой полк и с его попыткой покончить с собой, когда ему приказали отправиться во Францию. Перед ним был

человек, который по собственной инициативе попросил своего врача подтвердить, что он готов вернуться, но во сне ход его мыслей, начатый обсуждением возможности его возвращения, сработал подсознательно, вызвал образы того, что это подразумевало, и восстановил эмоции настолько ужасающего характера, что во сне он предпочел самоубийство повторному испытанию.

Возможно, будет позволительно процитировать в этой связи мнение немецкого невролога проф. Гаупп, о “шоковых корпусах”, которые были отправлены обратно с немецкого фронта.^[21] В то же время важно напомнить нашим читателям, что Гаупп пишет о призывной армии, власти которой, безусловно, не печально известны снисхождением к личности; далее, что до момента написания настоящей главы все “шоковые” пациенты в Великобритании были мужчинами, добровольно решившими служить своей стране, причем большинство из них завербовались на самых ранних этапах войны.

При обсуждении случаев, когда нервные расстройства, неконтролируемые по природе и интенсивности, приводили к тому, что пациентов месяцами держали в немецких госпиталях, иногда обнаруживалось, что психической основой, которая была причинным фактором этих расстройств, было более или менее осознанное беспокойство по поводу возможности возвращения на фронт.

“Нет никаких оснований, ” говорит Гаупп, “ называть каждый подобный случай симуляцией. Есть вполне способные люди с безупречным характером, чья нервная система положительно не приспособлена к тяготам и ужасам войны. У них есть энтузиазм и самые благие намерения, но они перестают вдохновлять их, когда приходят ужасы. Их внутренняя сила быстро убывает, и достаточно острой бури, обрушившейся на нервную систему (такой как взрыв снаряда или гибель товарищей), чтобы их самоконтроль полностью исчез. Затем их состояние автоматически переходит в то, что в народе называется ‘истерией’. Тогда измученный ум чувствует, что он больше не хозяин положения, и поэтому ‘находит убежище в болезни’. Сначала, как правило, проявляются очевидные признаки ужаса и тревоги (дрожь, подергивания и т.д.); если они излечиваются, все еще остаются хронические симптомы ипохондрии и уныния. Время, однако, оказывает свое влияние во многих из этих случаев”.^[22]

Если пациент попадает в руки врача до того, как будут налажены процессы рационализации и систематизации, медицинский работник должен быть в состоянии справиться с его трудностями и помочь ему правильно интерпретировать его необычные переживания, объяснив ему их происхождение и природу.

“Применение сдержанного сочувствия и такта врачом, который пытается выяснить что-либо о прошлой психической истории человека, может быть способно успокоить пациента в его конкретной проблеме с наилучшими результатами. Для человека, совершенно не знакомого с учебниками или размышлениями по психологии, не может быть более мрачной тайны, чем работа сознания других людей. Для такого человека естественным выводом является то, что его собственные психические процессы универсальны и нормальны. Но если в результате какого-либо разрушающего нервы опыта ведения войны его разум внезапно развивает трюк, который был совершенно неизвестен ему раньше, хотя это развитие может быть далеко не ненормальным, обеспокоенному пациенту это может показаться несомненным симптомом безумия”.^[23]

Многие случаи, в которых пациент просто нуждался в утешении, были именно такого типа. Краткого и очень простого объяснения некоторых элементарных фактов психологии часто бывает достаточно, чтобы вызвать огромные изменения в состоянии человека, которые привели к его самоисцелению. И это идеальный метод лечения.

Может показаться, что слишком много места было уделено демонстрации простой истины о том, что психические расстройства, как и телесные, следует лечить на ранней стадии, иначе могут возникнуть осложнения. Но есть причины придавать такое большое значение этому аспекту предмета. Главная из них заключается в том, что в нашей стране психические расстройства редко лечатся на ранних стадиях. Почти весь наш сложный общественный механизм борьбы с этой тяжелой формой заболевания разработан и на практике доступен только для запущенных случаев. Эта война ясно показала истину, которая, конечно, уже была известна многим врачам, но никогда не была должным образом оценена широкой общественностью, что случай продвинутого психического расстройства может пройти не только через различные более легкие стадии на своем пути, но и что, если его перехватить на этих ранних стадиях, его часто можно легко вылечить.

Следует подчеркнуть еще один момент: контузия не вызывает *новых* симптомов или расстройств. В гражданской жизни все было известно заранее. Если бы мы могли при малейшем напряжении воображения говорить о конкретной разновидности заболевания, называемой контузией, то оно было бы новым только из-за необычайно большого количества составляющих. И самая отрадная истина из всех заключается в том, что даже это чудовище с головой гидры, если его поймать молодым, может быть уничтожено.

Из того факта, что контузия не влечет за собой новых расстройств, можно сделать важный вывод о том, что медицинские уроки, преподанные войной, не должны быть забыты, когда наступит мир. Гражданскому лицу должны быть предложены средства для лечения, которые оказались таким благословением для пострадавшего от войны солдата.

СНОСКИ:

[1] Болезней нет, есть только больные люди.

[2] Этот вопрос был четко обсужден К. Бертом, "Психология и эмоции", Школьная гигиена, май 1916г.

[3] Такие, например, как Д. Форсайт, "Ланцет", 25 декабря 1915 г., стр. 1399; К. С. Майерс, "Ланцет", 18 марта, стр. 608; Р. Г. Роуз, брит. мед. Журнал, 25 марта 1916 г., стр. 441; Г. Эллиот Смит, "Ланцет", 15 и 22 апреля 1916 г.; Х. Уилтшир, "Ланцет", 17 июня 1916 г.

[4] Уилтшир, указ. соч., стр. 1210.

[5] На стр. 4, 5.

[6] Читателю, заинтересованному в этих важных различиях, следует обратиться к Макдугаллу, Социальная психология, Лондон, 1915, стр. 116.

[7] Ср. высказывания двух опытных неврологов: Дежерина и Геклера (написаны до войны): “Переутомление и переутомление являются причиной неврастения не в большей степени, чем туберкулеза. Без эмоций не бывает психоневрозов”.

(Психоневрозы и их лечение с помощью психотерапии, перевод Джеллиффа, 1913, стр. 232.)

[8] Экспериментальное исследование психических последствий потери сна было проведено мисс Мэй Смит из Оксфордской психологической лаборатории. Краткий отчет об этих экспериментах и их результатах приведен в “Некоторых экспериментальных исследованиях усталости” Т. Х. Пира, Материалы Конференции учителей Совета Лондонского графства, 1914 год.

[9] Указ. соч., стр. 1402.

[10] В своей книге “Телесные изменения, вызванные страхом, болью, голодом и яростью” профессор Кэннон поразительно продемонстрировал важность эмоций в возникновении таких телесных нарушений.

[11] Капитан . Уилтшир, в результате недавнего опыта вблизи линии огня во Франции, считает, что рассказы мужчин о продолжительности потери сознания часто преувеличены из-за их неверной памяти о времени, когда это произошло. Он также говорит, что, по его мнению, фактический индивидуальный контузионный удар, повергающий человека ниц, является лишь конечной провоцирующей причиной. (Указ. соч., стр. 1207.)

[12] Этот факт может быть упущен из виду представителями общественности, чьи знания о “шоке” почерпнуты из газетных сообщений.

[13] R. G. Rows, указ. соч., стр. 441.

[14] Подробнее об этих больницах см. W. Отчет Олдрена Тернера, “Ланцет”, 27 мая 1916 г., стр. 1073. Отчеты, опубликованные в специальных военных номерах “Неврологического ревю” (и особенно в № № 23, 24 за ноябрь и декабрь 1915 г.), являются достаточным свидетельством великолепной работы, проделанной французами в этом направлении. В каждом военном округе не только были приняты специальные меры для лечения неврологических и психических больных, но и публикуются замечательные отчеты об этой работе, а лицам, ответственным за уход за такими пациентами, было предоставлено множество возможностей обсудить их трудности и поучиться друг у друга.

[15] Или “поиск сознательных и рациональных оснований для действий” (и убеждений), “мотивы которых в значительной степени бессознательны и, возможно, иррациональны”. (Описание заимствовано из статьи Берта, *вопрос*)

[16] На стр. 12, 13.

[17] (и, очевидно, то же самое можно сказать о многих “научных” убеждениях.)

[18] Принципы психологии, II., 283-324.

[19] Мнение доктора Бедфорда Пирса по этому вопросу чрезвычайно важно. Британский медицинский журнал, 8 января 1916 г., стр. 4.

[20] Наш личный опыт касался только рядовых и унтер-офицеров, но нет *априорных* оснований предполагать, что эти замечания не относятся к офицерским чинам. Было обнаружено, что во Французской армии случаи неврастении среди офицеров были очень многочисленны.

[21] “Hysterie und Kriegsdienst” (Hysteria and War Service), *Münchener Medizinische Wochenschrift*, March 16th, 1915.

[22] Перевод очень свободный, но он точно отражает смысл немецкого оригинала.

[23] Из передовой статьи “Военный шок и его лечение” в “Манчестер Гардиан”.

ГЛАВА II. Лечение.

При обсуждении вопроса о лечении мы не собираемся касаться общих терапевтических мер, которыми вряд ли пренебрег бы каждый врач, лечащий нервных или психически больных.[24] Общепризнана важность обильного и легко усваиваемого рациона питания, а также необходимость спокойной и благоприятной обстановки и ограждения пациентов от помех, таких как шум и вид раненых, которые могут вызвать болезненные эмоции и яркие воспоминания об их опыте на фронте. Также очевидно важно, чтобы врач быстро и осмотрительно справлялся с любыми телесными недугами, от которых страдает пациент, не стараясь ни преуменьшать их серьезность и тем самым не давать ему повода для недовольства тем, что ему не уделяется должного внимания, ни преувеличивать их, чтобы добавить это беспокойство к другим его неприятностям.[25] Эти вопросы, безусловно, можно оставить на усмотрение лечащего врача.

Твердость и Сочувствие.

Но существуют определенные другие терапевтические меры, обычно рекомендуемые в учебниках для применения в случаях пациентов, страдающих неврастеническими и истерическими расстройствами, от которых нельзя так просто отказаться. Поскольку многие из этих пациентов раздражительны и по-детски капризны, необходимо, чтобы к ним относились с сочувственной твердостью, тактом и проникательностью. Но, к сожалению, слова “твердость” и “сочувствие” толкуются по-разному. Хотя по чисто терапевтическим причинам важно поддерживать дисциплину и что, когда врач решит, какое лечение, по его мнению, является надлежащим для пациента, оно должно неукоснительно выполняться, для офицера во многих случаях явно тревожно и вредно настаивать на соблюдении всех строгих деталей военных правил и установлений. Для психически здорового солдата подчинение строгим и даже безжалостно ригидным правилам часто жизненно важно; но попытка медицинского работника лечить таким образом отделение с неврастеническими пациентами обычно приводит к катастрофическим результатам.

Однако, совершенно независимо от военных аспектов случая, врач, по-настоящему не изучив историю болезни пациента, может назвать его заболевание “истерией” и немедленно принять курс “стойкости”. Он может занять позицию сомнения в подлинности симптомов,

которые очень реальны для страдальца. Под предлогом оказания помощи в излечении пациента офицер может заверить его, что с ним ничего особенного не случилось и что, если он попытается, с ним скоро все будет в порядке. Такой совет может быть оправдан, если он основан на реальном понимании состояния отдельного страдальца, но это знание может быть получено только путем терпеливого исследования причины его недуга. Если совет дается без учета этого понимания, это просто попытка блуждать в темноте. Тот факт, что устройство успешно работает в определенном количестве случаев, не является оправданием для его повсеместного внедрения. И когда это “дает осечку”, никто не осознает этот факт быстрее, чем сам пациент. Он понимает, что врач не ценит его состояние и тем самым подрывает его уверенность в себе.

Полезно также на мгновение задуматься о природе обращения с помощью “сочувствия”. Когда мы использовали фразу “отзывчивая твердость”, мы намеревались указать на настойчивость в строгом соблюдении таких методов лечения, которые могут подсказать реальное понимание состояния пациента. Слово “сочувствие” использовалось в его буквальном значении “сочувствия” к страдальцу. Но нет такой категории пациентов, которым сочувствие неразумного рода более склонно наносить серьезный вред, чем психоневротикам. Знание этого факта часто служит оправданием для принятия противоположной позиции и предписания “твердости”, которая, как мы видели, может быть в равной степени неразумной и неблагоприятной.

Но неразумное сочувствие - это не *настоящее* сочувствие. Ибо до тех пор, пока сочувствующий по-настоящему не оценит состояние пациента и не сможет взглянуть на вещи с его точки зрения, он не сможет по-настоящему чувствовать *вместе* с страдальцем. Последнее может вызвать у потенциального сочувствующего нежные эмоции и сочувствующую “боль”, но если сочувствующий не обладает проницательностью, то боль, грубо говоря, вряд ли будет “в том же месте”, что и у пациента. Такие неуместные эмоции и ложное сочувствие, будь то со стороны врача, медсестры или родственников пациента, могут нанести большой вред.

Однако в легких случаях психических расстройств, когда пациент все еще сохраняет значительную долю уверенности в себе и самоуважения, эта разновидность “ласкающего” сочувствия иногда может быть эффективной. Такого пациента может приободрить присутствие людей, достаточно заинтересованных в нем, чтобы посочувствовать его состоянию; и это может помочь ему взглянуть на вещи с более светлой стороны и забыть о своих тревогах. Но часто это может путем внушения усугубить его проблемы или даже отбить у него охоту к выздоровлению.^[26] Возможно, правильнее было бы сказать, что такое лечение не дает ему стимула к выздоровлению.

До сих пор существует немало врачей, которые рассматривают группу функциональных расстройств, обычно обозначаемых как “истерия”, как нечто близкое к симуляции. Если бы это не считалось оскорбительным, мы могли бы процитировать мнения известных врачей, опубликованные за последние пять лет, предполагающие, что реальной демаркационной линии не существует. (Нередко можно встретить выражение “*выявлять*” вместо *диагностики* истерии.)

Но даже среди тех, кто рассматривает эти серьезные чувства как нечто большее, чем просто симуляцию, существует тенденция рассматривать любую форму сочувствия как опасное потворство недостатку силы воли у пациента.^[27]

Такое отношение часто находит выражение в том, что пациента оставляют в покое, чтобы он выздоравливал своими силами, или в том, чтобы внушить ему, что он не так болен, как ему кажется, и что все, что ему нужно, - это немного поработать, чтобы занять его внимание.

Часто предпринимаются попытки оправдать такие методы ссылкой на то, что “пациенту вредно говорить с ним о своих тревогах”. Но как врач может избавить пациента от самого корня всех его проблем, не обнаружив его сначала, а затем не обсудив с ним, неочевидно. И опять же, не более рационально просто сказать человеку, который отягощен какой-то очень реальной тревогой, “взбодриться”, или “поработать в саду”, или “совершить пешую прогулку”.

Мы не утверждаем, что такие методы не часто приносят успех в случае многих пациентов, которые страдают лишь незначительно и искренне хотят выздороветь. Но опыт показывает, что такой совет часто таит в себе опасность, а в тяжелых случаях психического поражения оказывается хуже, чем бесполезным. Опыт тех врачей, которые с сочувствием и проникательностью лечили таких пациентов в течение последних двух лет, позволяет однозначно опровергнуть теорию о том, что, как правило, “нехорошо говорить с ними об их тревогах”. Неоднократно случалось, что, как только пациента спрашивали о его проблемах, он полностью излагал все, что его беспокоило, и с явным облегчением признавался в своих тревогах кому-то, кто проявлял разумный интерес к его благополучию.

Во многих случаях простого снятия этого груза беспокойства и устранения врачом совершенно тривиальных недоразумений, которые были его первоначальными причинами, было достаточно, чтобы приободрить пациента и направить его по пути полного выздоровления. Тем не менее, многие из этих людей были заключенными ряда больниц, в которых не было предпринято никаких попыток выяснить, что было истинным источником всех проблем. Таким образом, к их прочим заботам и беспокойствам добавилась реальная дополнительная обида на то, что ими пренебрегали и они не имели никакого значения. Во многих случаях это представляло собой серьезное обострение психического расстройства пациента и заставляло его верить, что его состоянию уже ничем нельзя помочь.

Тем врачам, которые рассматривают такие более легкие психозы как разновидности симуляции, следует напомнить, что методы, о которых мы только что упомянули, не часто оказываются эффективными в случаях реальной симуляции.

Обсуждая терапевтическое применение “стойкости”, мы не сочли нужным упоминать о тех применениях этого метода, которые иногда практикуются строевыми офицерами на фронте. Использование военной власти для подавления незначительных проявлений нервозности или обращение к таким средствам, как неожиданная стрельба из пистолета рядом с человеком, страдающим функциональной глухотой, являются всего лишь примерами применения “внушения”. Они сродни использованию “твердости” врачом, который не исследовал причину недомогания пациента. Результаты таких мер столь же непредсказуемы в одном случае, как и в другом. Но нам нет необходимости обсуждать эту практику дальше, разве что добавить, что знание того, что такое “обращение со стороны военных властей” уже опробовалось ранее, еще больше уменьшает оправданность обращения к таким мерам, когда пациент попадает в домашнюю больницу.

Изоляция. Многие врачи рассматривают изоляцию как подходящий метод лечения солдат, страдающих от шока, и в оправдание такой процедуры они ссылаются на успех, который часто сопутствует ее использованию в гражданских делах. Мы не отрицаем полезности изоляции для подходящих случаев, и успех сопутствовал ее применению, когда состояние пациента явно требовало этого. Но обстоятельства, которые были ответственны за возникновение психического расстройства у солдата, могут иметь совершенно иную природу, чем те, которые расстроили гражданского; и терапевтические меры, которые могут быть уместны для устранения источников раздражения гражданского лица, могут быть совершенно неподходящими, если не положительно вредными, в случае солдат.

В связи с этим предметом нельзя слишком сильно подчеркнуть, что большая часть теории и практики лечения истерии изоляцией была разработана в гражданской жизни, и во многих случаях применительно к состоятельным женщинам, живущим в роскоши. Когда у таких людей развиваются истерические симптомы, часто виной тому какие-то источники раздражения в семье или социальном окружении. Благодаря изоляции пациент освобождается от пагубного влияния как домашних забот, так и ошибочного сочувствия; его или ее прихоти и фантазии принудительно подчиняются самодисциплине и уважению к другим. Дома невозможно удовлетворительно применять такие меры, и попытка сделать это почти неизбежно потерпит неудачу, потому что сочувствие, любопытство и тревога со стороны различных родственников препятствуют достижению этих целей. Благодаря изоляции пациент удаляется от этих неблагоприятных психических воздействий. Благодаря свободе от таких тревожащих стимулов снижается ненормально интенсивная реакция разума. И у многих пациентов этого класса желание вылечиться или быть активным, вызванное скукой изоляции, действует благоприятно.^[28]

Но у большинства солдат обстоятельства совершенно иные. Во-первых, пациент обеспечивает себе смену обстановки, когда его переводят из окопов в госпиталь. Таким образом, изоляция вряд ли может быть оправдана на этот счет. В то же время перевод в военный госпиталь, во всяком случае, должен устранить всякую опасность того, что к нему будут приставать глупые родственники и друзья с их ошибочным сочувствием или чрезмерным вниманием. А что касается важности дисциплины и распорядка дня, то солдат находится в положении, сильно отличающемся от положения богатой светской дамы, поскольку он уже прошел такое обучение.

Однако в некоторых случаях, как и в гражданских делах, скука изоляции может привести к отмеченным выше положительным эффектам. Но есть и соответствующий недостаток: если вы изолируете мужчину и приставите к нему специальную медсестру для ухода, то невозможно убедить его, что его случай несерьезен. Это действительно может помочь ему убедить себя в том, что он действительно сходит с ума. По опыту известно, что очень многие мужчины не могут долго выносить изоляцию; они чувствуют, что должны вырваться, даже если понимают, что за это их ждет неминуемое наказание. Разговор пациентов, проходящих лечение в условиях изоляции, часто бывает совершенно откровенным по этому поводу. Они говорят медицинскому работнику, что вырвутся при первой же возможности; что несколько часов свободы с лихвой компенсируют наказание, которое последует за ними. Опять же, должно быть очевидно, что, когда проблема в какой-либо значительной степени вызвана повторным пробуждением эмоций, связанных с каким-то болезненным предыдущим опытом, изоляция вряд ли будет эффективной во многих случаях и может быть определенно вредной. Также не следует забывать, что такие меры не позволяют изолировать пациента от его злейшего врага - самого себя.

Даже в тех случаях, когда это полезно, чрезмерно длительная изоляция может испортить ее собственный положительный эффект. Это может настолько приучить пациента к уединенному образу существования, что присутствие других людей может вызвать у него раздражение, когда по истечении срока уединения он будет вынужден общаться со своими товарищами.

Есть еще один факт, который необходимо принимать во внимание — и это особенно применимо в гражданской практике, когда пациент или его семья должны оплачивать лечение. Мы имеем в виду дороговизну лечения методом изоляции. Если не будет доказано, что это лучший или единственно обнадеживающий метод для применения, врач в большинстве случаев должен испытывать некоторую нерешительность при назначении таких дорогостоящих мер.[29]

Дежерин и Гоклер[30] дали замечательный отчет об использовании изоляции при лечении неврастении и истерии. Однако они старательно подчеркивают, что даже в случае с гражданскими пациентами, которым, конечно же, посвящен их трактат, “изоляции, даже сопровождаемой отдыхом и перекармливанием, никогда не бывает достаточно”. Это всего лишь дополнение, хотя, при определенных обстоятельствах, и необходимое, к лечению убеждением. Но “было бы иррационально рассматривать изоляцию невропатов как терапевтическую необходимость, от которой человек, возможно, никогда не отступит. Это применимо только к частным случаям”. Приступая к определению класса гражданских пациентов, для которых подходят такие методы, они подчеркивают ценность изоляции для тех, чьи проблемы вызваны “плохим семейным окружением” или усугубляются им. В большинстве случаев обстоятельства жизни пострадавшего на войне солдата не попадают под категории, которые они предлагают в качестве оправдания изоляции. Более того, большая часть преимуществ, которые они приписывают этой терапевтической мере, *т.е.* Удалению от домашней обстановки и от особых забот и тревог, которые стали причиной несчастья, достигается (как мы уже указывали), когда солдат является заключенным специального — или, фактически, любого другого — госпиталя.

Когда Дежерин и Геклер приступают к определению различных степеней, в которых может применяться метод изоляции; *а именно*: (1) строгая изоляция; (2) абсолютная изоляция от своего семейного круга и окружения и (3) изоляция только от своего семейного круга или только от своего обычного окружения — становится ясно, что лечение каждого солдата, поступающего в любой госпиталь, неизбежно попадает под категории 2 и 3.

Даже когда эти французские врачи пишут об истеричных женщинах, они говорят нам, что...

“чтобы показать, насколько незначительно (их) опыт склонил (их) к какому-либо систематическому лечению психоневрозов путем изоляции”, изоляция не показалась (врачам) необходимой “по крайней мере для трети женщин с невропатиями, за которыми ухаживали в Сальпетриер”. Опять же, следует добавить, что из поступивших пациентов определенное количество было принято в больницу и, естественно, подвергнуто дисциплинарному взысканию, которое относится к изолятору, гораздо больше по гуманитарным и социальным причинам, чем потому, что формально, казалось, была указана абсолютная изоляция”.[31]

Из совершенно разного характера обстоятельств, в которых находились солдат с нервным расстройством и гражданское лицо соответственно, ясно, что такая полная изоляция может считаться необходимой для солдат лишь в очень немногих случаях, даже несмотря на то, что модифицированные формы изоляции, на которые была сделана ссылка, могут быть полезны для

большинства таких пациентов. Важным моментом, вытекающим из этого обсуждения, является необходимость, которая возлагается на врача, определять в случае каждого отдельного пациента, желательна ли изоляция любого рода, какую форму она должна принимать и особенно когда ее следует использовать, модифицировать или прекратить.

Внушение и гипноз. Мы уже вкратце касались необходимости проявления сочувствующей твердости и внушения пациенту уверенности в том, что он выздоровеет. Но такая твердость может быть полезной только тогда, когда она подкрепляется уважением к врачу и доверием к нему. В большинстве случаев такого уважения можно добиться, только получив реальное представление о состоянии пациента и обращаясь с ним тактично и разумно. Слишком часто забывают, что постоянная и интенсивная критика самого себя пациентом-неврастеником особенно быстро заставляет его интуитивно осознавать недостатки врача. При таких обстоятельствах, если врач не заручится уважением пациента и не убедит его в том, что он действительно понимает его состояние, твердость и уверенные заверения врача ему ничего не помогут: он раскрыл свои карты; его неудача вызовет презрение; а несговорчивое, *просвещенное* упрямство пациента станет фатальным для любой дальнейшей надежды на влияние со стороны этого конкретного врача.

С тех пор, как человечество впервые обратилось за помощью к своим собратьям в связи с телесными или душевными недугами, уверенность в эффективности способностей консультанта была важным фактором в искусстве лечения пиявками. Умение убедить пациента в том, что он выздоровеет и что медицинская консультация поможет в достижении этой цели, безусловно, является не последней квалификацией врача. Но если данные ему заверения не основаны на реальной проницательности и понимании, процесс завоевания доверия пациента не сильно отличается от откровенного хвастовства шарлатана. Другими словами, это аналогично трюку с уверенностью.

Уверенность, которую внушает пациенту его убежденность в реальном понимании врачом его состояния, - это совершенно другое дело. Такое "внушение" обязательно входит во всякое успешное лечение, и это совершенно особым образом относится к излечению психических заболеваний.

Но возникает вопрос, полезно ли или желательно дополнять эти меры внушения, которые являются случайными для любого человеческого общения, более позитивными мерами индуцированного "внушения" или гипноза? Существуют большие расхождения во мнениях по этому вопросу. И, пытаясь прийти к заключению относительно этого, важно, насколько это возможно, устранить эмоциональный оттенок, который вызывало теплое обсуждение этого вопроса в прошлом.

Положительная польза гипноза в облегчении многих острых симптомов в недавних случаях контузии была полностью продемонстрирована важной серией статей К. С. Майерса в the Lancet.^[32] Когда с помощью таких средств удастся вернуть пациенту утраченную память или речь или прогнать его уныние, это часто доказывает, что устранено единственное препятствие на пути к полному восстановлению его нормальной личности.

“Можно утверждать, ” цитируя собственный отчет Майерса, “ что мутизм, ритмические спазмы, анестезия и подобные чисто функциональные нарушения исчезают через некоторое время без специального лечения. Но ни у кого, кто был свидетелем неподдельного восторга, с которым эти пациенты, очнувшись от гипноза, приветствуют свое выздоровление от подобных расстройств, не может быть никаких сомнений относительно стимула, данного таким образом к окончательному излечению. Особенно это касается восстановления утраченных воспоминаний. Здесь уже было сказано достаточно о поразительных изменениях в темпераменте, мышлении и поведении, которые следуют за восстановлением после амнезии... Восстановление в нормальном состоянии воспоминаний о сценах, когда-то доминировавших, теперь подавленных, а позже имеющих тенденцию находить время от времени облегчение в ненормальных состояниях сознания или в замаскированных способах выражения, — такое восстановление прошлых эмоциональных сцен представляет собой первый шаг к обретению того волевого контроля над ними, который индивид должен в конечном итоге приобрести, если он хочет исцелиться.

Таким образом, минимальная ценность, на которую можно претендовать при лечении шоковых случаев, заключается в подготовке и облегчении пути к полному выздоровлению”.[\[33\]](#)

Даже если мы признаем, что другие меры, такие как введение хлороформа для лечения истерического мутизма, могут в некоторых случаях приводить к аналогичным улучшениям, это не должно закрывать от нас тот неопровержимый факт, что гипноз оказался ценным терапевтическим средством на ранних стадиях контузии.

В качестве лекарства для определенных пациентов, прошедших острые стадии контузии или других форм военного напряжения, его применение требует большой разборчивости при выборе подходящих случаев и особой осторожности в практике. Также весьма вероятно, что гипнотическое внушение само по себе никогда не следует рассматривать как достаточное средство лечения в этих случаях, хотя, несомненно, оно может принести большую пользу как часть такого лечения.

Точка зрения, поддерживаемая некоторыми известными врачами, состоит в том, что вся психотерапия должна быть направлена на функции сознания, и поэтому гипноз, направленный на функции автоматизма, нежелателен. Как общее утверждение, это, несомненно, верно для большого числа случаев, но бывают случаи, когда кажется, что это разумное правило может быть мудро и рассудительно нарушено. В некоторых случаях гипноз помогает быстрее сломить сопротивление, которое возникает у пациентов, слишком захваченных собственным самовнушением и ложными убеждениями, чтобы быть в состоянии легко воспринять аргументы и убеждения, на принятие которых врач, возможно, потратил дни и недели в тщетных попытках добиться признания. Таким образом, можно обратиться за помощью, никоим образом не вмешиваясь в последующее лечение пациента путем психологического анализа и перевоспитания.

Следующий пример иллюстрирует использование гипнотического внушения описанным выше способом.

Речь шла об одном из случаев сильного спазматического тремора в правой руке солдата. Выздоровливая после ранения и контузии, он неожиданно встретил офицера своей роты, к которому был очень привязан. Этот офицер потерял правую руку с тех пор, как пациент в

последний раз видел его во Франции. Шок от внезапной встречи с офицером в таком состоянии вызвал у мужчины дрожь. Этот случай попал под психотерапевтическое лечение несколько недель спустя, когда пациент, который был чрезвычайно эмоциональным человеком, потерял всякую надежду на выздоровление. Любая попытка целенаправленных движений правой рукой приводила все мышцы правой стороны тела в состояние сильной судорожной дрожи.

Продолжительное лечение с помощью убеждения не привело ни к какому улучшению. Поэтому врач, ведавший этим пациентом, решил попробовать гипнотическое внушение. Это было легко осуществимо; гипнотическое состояние было умеренно глубоким, хотя пациент все еще находился в контакте со своим окружением. Ему были внушены надежда, мужество и уверенность в выздоровлении *после его собственных усилий*, а также решимость приложить все усилия. На каждом сеансе пациента уверяли, что его нервы и мышцы с каждым днем будут все больше и больше реагировать на его усилия по самоконтролю. После очень нескольких коротких сеансов безнадежное отношение человека сменилось на надежду, усилие и внимание на стадии бодрствования, и произошло небольшое, но решительное улучшение его волевой силы. Затем от гипнотического внушения отказались, и лечение было продолжено с помощью поощрения, упражнений и объяснения его проблемы, в результате чего через два месяца он был готов к выписке из больницы.

Можно с полным основанием усомниться в том, что только методы убеждения могли бы вылечить этого человека. В любом случае, ясно, что на это ушло бы очень много времени. Также вероятно, что одно только гипнотическое внушение, если бы оно продолжалось, очень быстро устранило бы симптомы. Однако можно усомниться в том, что оно привело бы к постоянному излечению у человека, столь подверженного самовнушению. Таким образом, представляется целесообразным разумное сочетание методов.

Мы придерживаемся мнения, что гипнотическое лечение, если его применять умело, осмотрительно и разборчиво, имеет свое место при лечении контузии и подобных состояний, как на острой, так и на хронической стадиях.

Однако в большинстве случаев значительной продолжительности и практически во всех тех, в которых беспокойство вызвано каким-либо довоенным беспокойством или эмоцией, можно считать доказуемым, что *от одного* гипноза будет относительно мало пользы, а во многих случаях может быть положительно вредно, поскольку при таких обстоятельствах, даже при самых благоприятных условиях, это привело бы просто к устранению симптомов; а за устранением одного может последовать появление другого, которое может быть даже вызвано процессом гипноза. Более того, в тех случаях, когда имеется тенденция к развитию раздвоения личности, гипноз может иметь эффект увеличения риска. Далее, если пациент обладает достаточной собственной силой воли, чтобы позволить осуществить процесс перевоспитания, то врачу явно нежелательно, как по психологическим, так и по этическим соображениям, оказывать свое влияние извне.

При рассмотрении возможности полезности гипнотического внушения важно иметь в виду, что различные факторы могут влиять на запечатление события в памяти пациента или на определение эффекта шока, от которого он страдает по прибытии в больницу. На первом месте стоит живость или интенсивность стимула; на втором - степень новизны; на третьем - частота стимула; и на четвертом - его релевантность. Под последним понимается степень, в которой

данное событие апеллирует к прошлому опыту индивида и становится интегрированным в его личность.

Пациент, недавно перенесший тяжелый шок, последствия которого сами по себе представляют реальную проблему, без нарушения какого-либо предшествующего опыта, вполне может быть избавлен гипнотическим внушением от бессонницы, боли или амнезии; и в некоторых случаях такое устранение острых симптомов, которые определяют сохранение последствий шока, может привести к полному выздоровлению. Единичный и внезапный, совершенно не относящийся к делу опыт, такой как разрыв снаряда, который не имеет никакого отношения к прошлому опыту пациента и производит эффект благодаря своей яркости и новизне, вполне может быть нейтрализован другим видом совершенно не относящегося к делу вмешательства, таким как гипнотическое внушение. Этот аргумент, возможно, можно сделать более понятным с помощью простой аналогии. Человек в здравом уме, идущий по улице, может быть временно повергнут в состояние слабости или обморока, увидев какое-нибудь ужасное происшествие, но, приняв “бренди с содовой”, что для такого человека было бы совершенно несущественным переживанием, физиологические проявления его эмоций можно было бы контролировать, и он смог бы продолжать свой путь и полностью преодолеть последствия преходящего происшествия. Но в случае человека, который, например, в течение ряда лет был сильно обеспокоен денежными проблемами, “бренди с содовой” не принесло бы ничего, кроме временного облегчения его проблем. Последняя иллюстрация представляет хронический психоз, который, как так превосходно объяснил Дежерин, совершенно непригоден для гипнотического лечения. Но утверждения выдающегося французского невролога, по-видимому, не применимы к первому типу случаев из-за яркого недавнего шока, в симптоматике которого предшествующие шоку неприятности не играют никакой роли. В таких случаях результаты гипнотического внушения часто бывают блестящими, хотя и непредсказуемыми, как и “лечение бренди и содовой” для человека, внезапно пережившего ужасный опыт на улице.

Однако есть пациенты, у которых недостаточно силы воли или интеллекта для надлежащего перевоспитания, которым определенное внушение может принести некоторую пользу.

Те, кто использовал гипноз в гражданской практике, знают, что в определенных индивидуальных случаях давних проблем, таких, например, как хронический алкоголизм, лечение гипнозом имеет неоспоримую ценность. Среди солдат, страдающих от давних последствий контузии, гипноз в некоторых случаях может помочь в восстановлении здоровья с эффективностью, с которой не может соперничать ни один другой метод.

Как опасность, так и возможную полезность гипноза можно проиллюстрировать реальным случаем. Это история человека, все товарищи которого были уничтожены разрывом снаряда, и который в течение нескольких месяцев после этого страдал от полной потери памяти. Врач загипнотизировал его и, возможно, с неоправданной бестактностью вызвал в памяти критический инцидент на фронте, исключив все эпизоды, которые привели к нему или последовали за ним. Это возбудило в нем самые бурные эмоции, и его затошнило от ужаса; ибо оживший инцидент казался ему совершенно реальным, или, как он описывал это впоследствии, “это бросилось ему в глаза”, и в течение нескольких недель он был настолько напуган, что не хотел приближаться к врачу. Даже при том, что он не мог сохранить в памяти никаких других недавних событий, ужас этого переживания, казалось, заставил его вспомнить о своем страхе перед конкретным врачом. Но, используя информацию, полученную во время пробуждения под

гипнозом о происшествии, неизвестном никому, кроме пациента, которое до этого момента оставалось скрытым из-за его амнезии, другой медицинский работник смог преодолеть разрыв между своей памятью о предыдущих событиях и опытом, который, как было известно, пациент получил в военных госпиталях.

Говоря о результатах гипнотического лечения как о блестящих, но неустойчивых, важно помнить, что те же наблюдения применимы и к внушению без гипноза. Например, воздействие электричеством на голосовые связки в случаях истерической афонии представляет собой замечательную иллюстрацию лечения внушением, даже если этот метод отдает шарлатанством. Прекрасную демонстрацию роли психических факторов в таких случаях дает история моряка с немецкого линейного крейсера "*Дерффлингер*", записанная Блассигом.[\[34\]](#)

“Моряк с "*Дерффлингера*" был доставлен в военно-морской госпиталь с потерей голоса 22 декабря 1914 года и мог говорить только шепотом. Он сказал, что у него всегда было хорошее здоровье, за исключением того, что в детстве он переболел дифтерией, но выздоровел без трахеотомии или каких-либо осложнений. Его голос всегда был чистым и хорошо контролировался. В начале декабря он слегка простудился, что он объяснил дежурством на палубе в очень штормовую и сырую погоду. Находясь в камере хранения боеприпасов крупнокалиберных орудий, он был сильно расстроен во время стрельбы и внезапно потерял голос. Через четырнадцать дней к нему вернулась речь. 12 февраля 1915 года он вернулся в госпиталь с полной потерей голоса, сразу после военно-морского сражения в Северном море. 15 февраля его лечили электричеством, непосредственно воздействуя на голосовые связки, а 20 марта он был выписан с полным восстановлением речи. Но по возвращении на службу, как только он поднялся на борт своего корабля, его голос внезапно пропал в третий раз, и он остался бесстрастным”.

Это явное свидетельство того факта, что его травма была психической. Его предыдущая история болезни, возможно, содержит ключ, объясняющий, почему в его случае пострадал именно его голос. Применение фарадического тока было чистым и простым предложением.

Подчеркивая ограниченную полезность и возможную опасность суггестивной терапии во многих не совсем недавних случаях, мы не имели в виду тот метод внушения, который в большей или меньшей степени участвует в любом успешном лечении болезни, — процесс завоевания доверия пациента и внушения ему мысли о том, что он выздоровеет.

“Разговорная позиция, фамильярная манера обсуждения вопросов, обсуждение по душам, при котором врач должен проявить свой здравый смысл, а пациент быть готовым к конфиденциальности” - это метод, который Дежерин называет "психотерапией с помощью убеждения". “Это состоит в объяснении пациенту истинных причин его состояния и различных функциональных проявлений, которые он представляет, и, прежде всего, в установлении уверенности пациента в себе и пробуждении различных элементов его личности, чтобы сделать их способными стать отправной точкой усилий, которые позволяют ему восстановить свой самоконтроль. Точное понимание явлений, которые он представляет, должно быть достигнуто пациентом посредством его собственных рассуждений.... Роль, которую играет врач, заключается просто в том, чтобы вспоминать, пробуждать и направлять...”[\[35\]](#)

Никто, у кого не было опыта руководства душевнобольными пациентами способом, столь доходчиво изложенным французскими врачами, не может составить сколько-нибудь адекватного представления о замечательной эффективности этих основанных на здравом смысле методов в восстановлении у пострадавших нормального состояния ума. Это, безусловно, спасает значительное количество солдат от участи помешательства. Эти методы не новы, даже если более полное понимание способа их применения приходит к нам только сейчас. Этот момент был превосходно изложен Дежеринем и Геклером, из книги которых мы должны процитировать еще раз:

“Да будет нам позволено процитировать несколько строк, в которых Бернарден де Сен-Пьер определил, возможно, более точно и лучше, чем мы могли бы это сделать, и с некоторым предвидением того, что необходимо, ту самую роль, которую мы хотели бы [видеть, как наши врачи относятся к своим пациентам].

Я хотел бы, чтобы в больших городах были созданы учреждения, несколько напоминающие те, которые милосердные врачи и мудрые юристы создали в Париже, для лечения болезней как тела, так и судьбы; я имею в виду советы утешения, где несчастный, уверенный в сохранении своей тайны и даже в своем инкогнито, мог бы затронуть тему своих неприятностей. У нас, правда, есть исповедники и проповедники, которым, по-видимому, принадлежит возвышенная функция утешения несчастных. Но исповедники не всегда находятся в расположении своих кающихся. Что касается проповедников, то их проповеди служат скорее питанием для душ, чем лекарством, ибо они не проповедуют против скуки, или несчастья, или угрызений совести, или меланхолии, или досады, или многих других зол, которые поражают душу. Нелегко найти в робкой и подавленной личности именно то, о чем она скорбит, и пролить бальзам на его раны рукой самаритянина. Это искусство, известное только чувствительным и отзывчивым душам.

О! если бы только люди, знающие науку горя, могли дать несчастным людям пользу от своего опыта и сочувствия, многие несчастные души пришли бы искать у них утешения, которого они не могут получить от проповедников или всех философских книг мира. Часто, чтобы утешить людей в бедах, все, что необходимо, - это выяснить, от чего они страдают (Этюд о природе, 1784)”.

Дежерин и Геклер добавляют:—

“Невозможно выразить лучше или более прямо то, что мы никогда не перестаем утверждать, каким бы ненаучным это ни казалось на первый взгляд, а именно — реальное терапевтическое действие доброты.

Освобожденный морально, вновь осознавший себя и, кроме того, освобожденный от своих функциональных проявлений с помощью соответствующих процессов ... пациент излечен. Он излечен от своего настоящего приступа. Но его ментальная основа, его психологическая конституция все еще остается в том же состоянии, которое позволило ему под эмоциональным воздействием стать неврастеником. Таким образом, роль врача на этом не заканчивается. Он все еще должен строить жизнь своего пациента, все еще практиковать профилактику и привести пациента в состояние, при котором его характер утвердится”.[36]

Рациональное лечение. До сих пор в этой главе мы обсуждали то, что может быть описано как общие методы лечения, которые не *обязательно* включают в себя какие-либо попытки исследовать отличительные индивидуальные симптомы и обнаружить реальную фундаментальную причину или причины проблемы. Рассмотренные до сих пор меры скорее эмпирические, чем рациональные. Но это единственные методы лечения, обсуждаемые в большинстве учебников.

В медицине считается аксиомой, что правильный диагноз является необходимым предварительным условием для рационального и разумного лечения болезни. Этот фундаментальный принцип общепризнан при лечении телесных заболеваний; но основная цель этой книги - настаивать на том, что *в равной степени необходимо соблюдать тот же принцип и в случае психических заболеваний.*

Может показаться ироничным подчеркивать это элементарное соображение, но общеизвестно, что точный диагноз слишком часто игнорируется в случаях зарождающегося психического расстройства. Бесполезно делать вид, что в такой процедуре нет необходимости, или призывать в оправдание неспособности искать причины того, что многие пациенты выздоравливают только под влиянием отдыха, тишины и полноценного питания.

Многие легкие случаи заболеваний, будь то телесных или психических, могут выздоравливать, даже если их не диагностировать и не лечить. Но, с другой стороны, многие легкие случаи ухудшаются; и главная обязанность врача - правильно диагностировать природу проблемы и дать прогноз - решить, является ли заболевание легким или тяжелым. Некоторые из наиболее серьезных случаев зарождающихся психических расстройств возникают у пациентов, которые, по-видимому, на самом деле не больны, и их легко не заметить посещающему врачу. Они тихи и безобидны и не проявляют явных признаков коварных процессов, которые в них происходят. Но все время они могут размышлять и часто размышляют о какой-то обиде или моральном конфликте, беспокоясь о своих чувствах, неправильно истолковывая их и постепенно систематизируя эти недоразумения, пока они не превратятся в определенный бред или галлюцинации. Если, исходя из убеждения, что говорить о тревогах пациента вредно, врач оставляет такого человека в покое, он явно пренебрегает своим очевидным долгом. Ибо вся беда может быть из-за какого-нибудь тривиального недоразумения, которое он мог бы легко исправить.

При более тяжелых формах психических заболеваний точный диагноз еще более тесно связан с лечением, чем в случае телесных заболеваний. Поскольку, когда болезнь пациента распознается как какое-либо физическое заболевание, такое как пневмония или аппендицит, устанавливаются определенные общие направления лечения, как только для жалобы найдена соответствующая метка, хотя в случае последнего заболевания возникает дополнительная проблема, связанная с тем, показано ли хирургическое вмешательство.

Однако в случаях психических расстройств общие направления лечения, таким образом, не могут быть определены произвольно просто путем поиска подходящего ярлыка. Верно, что, как и при лечении телесных заболеваний, должны соблюдаться определенные общие принципы, такие как обеспечение обильной и подходящей пищи и защита пациента от всех беспокоящих воздействий. Но суть проблемы психически больного пациента заключается в какой-то особой форме тревоги, которая является *индивидуальной*. Таким образом, целью диагностики должно быть не просто определение подходящего родового признака для данного заболевания, а

скорее выявление конкретных обстоятельств, которые привели к нынешнему состоянию. Особой задачей врача должно быть устранение или сведение к нулю вызывающей беспокойство причины; и для того, чтобы сделать это, важно, чтобы он выяснил точную природу проблемы. Следовательно, диагноз должен отличаться от того, который требуется в случае физического заболевания, когда состояние может быть адекватно определено таким общим термином, как “крупозная пневмония” или “острый аппендицит”, а его тяжесть оценивается по общему состоянию и телосложению пациента. В случае психических расстройств врач должен поставить индивидуальный диагноз, основанный не только на понимании личности, но и на конкретных тревогах каждого пациента.

Но даже когда признается, что точный диагноз конкретных обстоятельств каждого отдельного пациента важен, если проблему нужно лечить рационально и с пониманием, все еще остается много сложных проблем, связанных с процедурой.

Среди тех, кого опыт убедил в эффективности психологического лечения в случаях такого рода, есть признаки расхождения во мнениях по поводу процедуры. Некоторые считают, что достаточно, если врач обнаружил истинную причину проблемы и объяснил ее пациенту. Другие специалисты рассматривают предварительное психическое обследование просто как средство диагностики, выявления скрытой причины расстройства; и считают, что лечение должно быть трудоемким и часто длительным процессом перевоспитания пациента и, таким образом, восстановления ему надлежащего контроля над собой. Крайне важно подчеркнуть тот несомненный факт, что те, кто придерживается любой из этих точек зрения, исключая другую, совершают серьезную и опасную ошибку, поскольку между этими двумя процедурами нет четкой демаркационной линии.

Разумный и сообразительный человек, как только ему станет ясна причина его болезни, может быть способен продолжать лечить себя или, другими словами, перевоспитать себя и полностью победить причину своей гибели. Но более тупой человек, возможно, нуждается в ежедневной демонстрации и обновлении уверенности, прежде чем он начнет добиваться какого-либо прогресса. Это в точности аналогично опыту каждого учителя класса студентов; блестящий человек сразу ухватится за принцип и научится применять его без дополнительной помощи, в то время как тупому человеку нужны неоднократные и конкретные демонстрации, прежде чем он усвоит его.

Когда имеешь дело с солдатами, и это с особой силой относится к регулярной армии, условия во многих случаях значительно отличаются от условий гражданского населения. Пустяковая забывчивость у гражданского, возможно, и не была бы серьезной причиной для беспокойства, но у солдата, приученного годами тренировок к строгой дисциплине, забвение даже тривиальных инструкций или любые трудности в понимании сложных приказов, вероятно, навлекут на его голову заслуженное наказание. Такие промахи расцениваются солдатом как чрезвычайно серьезные проступки, потому что годы обучения и дисциплины привили ему эту идею. Когда в результате шока такие солдаты страдают даже легкой забывчивостью, они начинают беспокоиться из-за этого гораздо больше, чем это было бы с гражданским лицом, и преувеличивают ее важность до тех пор, пока она не становится для них настоящим ужасом. В результате своего обучения они могут рассматривать такие явления как совершенно ненормальные; и в процессе рационализации того, что для них является новым опытом, они склонны воображать, что сходят с ума. Таким пациентам часто снятся сны об инцидентах из их

армейской жизни, когда они были забывчивы и попадали в неприятности; они становятся одержимыми навязчивым страхом, что они, вероятно, столкнутся с постоянными трудностями, их беспокоит мысль о том, что они некомпетентны для выполнения обязанностей, к которым они привыкли, и могут воображать, что их отстраняют от всякой полезной работы. Однако их легко успокоить, когда фельдшер объясняет им, что в обычной жизни гражданские лица часто подвергаются подобному опыту, и что только особые обстоятельства армейской жизни заставляют такие тривиальные промахи казаться им серьезными. Мало того, что солдат гораздо больше напуган подобными вещами, чем гражданское лицо, но это также очень примечательный феномен, и, безусловно, тот, который стал неожиданностью, что неврастения солдата может быть гораздо более серьезной, чем у гражданского. Ибо, когда по-настоящему храбрый человек охвачен страхом, он более серьезно подвергается воздействию ужаса перед опытом, который для него не только имеет больший элемент новизны, чем в случае с гражданским лицом, но и ранит его более глубоко, убеждая в том, что ему недостает того самого качества, которое наиболее важно для его профессиональной работы.

Терапевтическая ценность работы.

Нет необходимости подчеркивать желательность того, чтобы неврастеник не заикливался на своих субъективных проблемах, занимая свой ум другими вещами. Эта цель часто может быть достигнута путем предоставления подходящего занятия, и там, где это возможно, по многим очевидным причинам это занятие должно принимать форму полезной работы. Тогда работник чувствует, что он не просто обуза для больницы, которая его лечит: учреждение, в свою очередь, получает материальную выгоду. Но необходимо прозвучать предостережением против огульного назначения работы как панацеи. Прежде всего, следует быть уверенным, что работа такого рода, которая действительно заинтересует пациента и займет его ум. Существует много разновидностей работы, особенно ручного, которые могут выполняться механически и которым не удастся отвлечь внимание от забот и тревог. Но даже более важным, чем это, является соображение о том, что существуют некоторые психические расстройства, от которых пациента не отвлечет никакая форма работы. Особенно это касается многих психоневрозов, вызванных войной. Страдальца часто днем и ночью преследуют воспоминания, которые мучают его не только своим ужасом, но и другим аспектом, который еще хуже: постоянно растущими моральными угрызениями совести, которые они вызывают. Пациента может беспокоить не только ужасная природа воспоминания, но и повторяющаяся мысль: “Если бы я не сделал” того или иного“, этого могло бы никогда не случиться”. Читатель легко поймет, как такая мысль может возникнуть в голове, особенно у нервничающего офицера или “младшего командира” после нескольких недель размышлений в одиночестве о катастрофе. Такие самобичевания часто основаны на совершенно недостаточных доказательствах, и если медицинскому работнику предоставляется возможность спокойно обсудить их основания с пациентом, результатом часто является успокоение его и возможность взглянуть на свое прошлое в совершенно новом свете. Именно тогда, и не раньше, он сможет с радостью приступить к полезному занятию и извлечь из него пользу. Предполагать, что простая физическая усталость, вызванная дневной тяжелой работой, изгонит все формы бессонницы, свидетельствует о

незнании одной из наиболее важных причин этого недуга, *а именно*, психического конфликта. Хорошо известно, что физическая усталость у психически возбужденного пациента может лишь усилить его беспокойство по ночам. Опять же, любой, кто несколько месяцев пользовался доверием этих нервных солдат, знает, что некоторые из их проблем настолько серьезны, что привлекательность (по-видимому) наиболее интересных видов занятий оставляет их равнодушными.

Подводя итог, врач может с уверенностью назначить работу, когда, изучив историю какого-либо конкретного случая, он убедится, что такое занятие, скорее всего, успешно и с пользой отвлечет разум пациента от его забот. Но назначение работы пациенту должно рассматриваться как продолжение, а не как замена выполнения работы врачом.

СНОСКИ:

[24] Такие, например, как те, которые изложены в серии статей в Vol. VIII, из книги сэра Клиффорда Олбатта "Система медицины", 1899, стр. 88-233.

[25] Роль телесных заболеваний в возникновении психических расстройств была кратко изложена сэром Г. Х. Сэвиджем во вводной главе о психических заболеваниях в Vol. VIII, из "Системы медицины Олбат", стр. 191-195.

[26] Или, в некоторых легких случаях, поощрять его желание оставаться инвалидом в таких приятных условиях.

[27] В своих тщательных исследованиях этих состояний К. С. Майерс привлек внимание к ошибочному представлению о том, что эти проблемы "в основном связаны с нарушением воли", *Lancet*, 9 сентября 1916 г., стр. 467.

[28] Это объяснение причин использования изоляции взято из статьи Мора в "Справочнике Левандовского по неврологии".

[29] Как указал сэр Клиффорд Олбатт (указ. соч., стр. 158).

[30] Психоневрозы и их лечение с помощью психотерапии, перевод с французского Желлиффа, 2-е издание, 1913, стр. 311.

[31] Указ. соч., стр. 315.

[32] 13 февраля 1915 г. (стр. 316); 8 января 1916 г. (стр. 65); 18 марта 1916 г. (стр. 608); и 9 сентября 1916 г. (стр. 461).

[33] Указ. соч., стр. 69.

[34] *Münchener Medizinische Wochenschrift*, June 15th, 1915, p. 335.

[35] Дежерин и Гоклер, указ. соч., стр. 283.

[36] Указ. соч., стр. 302-3.

ГЛАВА III.

Психологический анализ и перевоспитание.

Методы лечения, описанные на предыдущих страницах: сочувствие, твердость, изоляция, внушение в его различных формах и гипноз; хотя все они полезны на своем месте, часто оказываются бесполезными в случаях психоневроза. Там, где тревожные симптомы лежат на поверхности, так что и они, и их причины легко обнаруживаются врачом — если, действительно, они не были известны с самого начала самому пациенту, — иногда возможно добиться полного излечения без какого-либо очень глубокого анализа врачом психических предпосылок нынешнего состояния пациента. Так, например, отважному и стойкому солдату, который, страдая от недосыпания и изматывающих переживаний на поле боя, в конце концов теряет силы, причиной чего, возможно, является контузия, может потребоваться немногим больше, чтобы поставить его на ноги, чем комфорт, усердное внимание и приятные развлечения в госпитале Красного Креста. Для гражданского лица, главной проблемой которого является раздражительность, вызванная множеством мелких деловых забот или семейных хлопот, несколько дней изоляции, дающие, возможно, среди других преимуществ, о которых мы упоминали, возможность все обдумать, могут принести отличные результаты. Благотворное действие гипноза в устранении острых расстройств, вызванных контузией, уже было проиллюстрировано. Но большое количество случаев не подпадает ни под одну из этих категорий. Сочувствие просто раздражает их, изоляция мучает, потому что помимо того, что позволяет им думать — обычно очень неразумным образом, — это помогает подтвердить их впечатление о том, что они серьезно больны, просто потому, что это предполагает обращение с ними как с особыми случаями. Суггестивные меры могут оказаться для них как вода для утки, и гипноз может оказаться бесполезным. Твердость может иметь просто эффект доказательства врачу, что существуют пациенты более стойкие, чем он сам. Но, к счастью, психические методы не исчерпаны. Остается по крайней мере один — психологический анализ и перевоспитание.

Применение психологического анализа в медицине означает разложение психического состояния пациента на его существенные элементы, точно так же, как с помощью химического анализа можно определить, что вода, например, состоит из определенных пропорций кислорода и водорода, соединенных определенным образом. Перевоспитание - это помощь пациенту с помощью новых знаний, полученных в результате анализа, заново столкнуться с жизненными трудностями.

Иногда утверждается, что если это все, что подразумевается под психологическим анализом, то психиатры занимались этим с тех пор, как впервые начали лечить безумие, более того, врачи практиковали это со времен Гиппократы. Следует отметить, что при первом собеседовании пациента с врачом всегда проводится расследование его психического состояния и поведения, а также наличия бреда и галлюцинаций или других необычных психических явлений. Его родственников допрашивают относительно связи его недавнего поведения с тем, что было в то время, когда он считался нормальным. Теперь ответ на это утверждение состоит в том, что такое исследование полезно, фактически необходимо, но его нельзя назвать психологическим анализом.

Нетехническому читателю, возможно, станет понятнее, если он на мгновение вообразит, что резчик, искусный в отделении ног и крыльев от туловища птицы, утверждает, что занимается анатомией. Анатом сразу же возразил бы, что, хотя такое отделение конечностей от туловища является небольшой деталью, которая иногда составляет часть задачи анатома, вряд ли это можно назвать чем-то большим, чем подготовкой к его исследованию. Во-первых, в то время как для резчика нога является конечной единицей, для анатома невооруженным глазом она представляет собой совокупность костей, мышц, сухожилий, кожи, нервов, вен, артерий, ногтей и остального, а при взгляде в микроскоп - потрясающую организацию бесконечно более сложных структур. Более того, можно было бы указать, что простое разделение этих более мелких структур на их составные части и присвоение им названий ни в коем случае не составляет всей работы опытного анатома. Он хочет изучить взаимосвязь этих частей, то, как они работают вместе на общее благо ноги. И, наконец, ногу не следует изучать отдельно от туловища, поскольку ее функции подчинены потребностям организма в целом.

Таким же образом, точно так же фиксировать, что человек страдает манией преследования или необоснованным страхом открытых пространств, - значит просто "вырезать" состояние его ума. Прежде всего, необходимо установить, насколько глубоко это заблуждение проникло в остальную часть его психической жизни; ограничивается ли, например, его ложная вера определенным видом преследования со стороны конкретного человека или является общим заблуждением, что все и вся в мире против него. И снова, если заблуждение строго специфично, важно знать, было ли оно причиной вторичных ложных убеждений, порожденных рационализацией, чтобы поддержать первичное заблуждение против неизбежного противоречия с фактами, от которого оно в противном случае пострадало бы.

Далее, необходимо проанализировать природу заблуждения. Почему оно связано с этим, а не с тем преследованием? Почему бояться или ненавидят именно этого человека? Является ли это постоянным фактором в жизни пациента или проявляется в определенное время? Если да, то необходимо тщательно изучить жизнь пациента в эти критические периоды. Врач должен выяснить, где в это время находился пациент, что он делал и думал, кто были его спутники и так далее.

Далее следует важное исследование истории этого заблуждения. И здесь, точно так же, как анатом в наши дни способен мобилизовать на службу все свои знания сравнительной анатомии и эволюции, точно так же, если врач обладает действительно научными знаниями не только о бреде у других пациентов, но и о развитии обычных верований у здравомыслящих людей,^[37] ему будет оказана огромная помощь в его поисках, и, возможно, таким образом, он сможет найти множество коротких путей к существенным фактам. Он попытается датировать важные стадии развития бреда; найти время, когда, насколько известно пациенту, его разум был свободен от него.

Таким образом, мы можем сказать, что психологическое исследование случая психического расстройства расчленяет его нормальные, а также аномальные явления на их функциональные элементы. По сравнению с процедурой, которая просто регистрирует такие грубые элементы,

как бред или галлюцинации, это все равно что анатомия по сравнению с простой резьбой, какой бы искусной последняя ни была.

Но психологическое исследование не просто сравнимо с анатомическим вскрытием. Мы также сравнили разум с химическим соединением, а не с механической смесью. Особенно это верно не только для нормального, но и для ненормального разума, когда у последнего было время занять свое новое положение относительного равновесия и интеграции; когда, например, бред стал настолько устойчивым, что жизнь пациента полностью упорядочена в соответствии с ним, и он перестал сомневаться в его реальности или бороться с его господством.^[38] Только когда враждующие элементы в уме становятся относительно независимыми и до того, как им удастся "договориться" друг с другом, ум хотя бы отдаленно напоминает механическую смесь. Отсюда следует, что психологический анализ случая психического расстройства обычно сравним с *химическим анализом*, а также с анатомическим вскрытием.

Теперь самый поразительный результат химического анализа состоит в том, чтобы показать, что внешний вид и общие свойства элементов, составляющих соединение, отличаются от внешнего вида и свойств самого соединения. Точно так же обстоит дело и с ментальным анализом. Простого анализа аномального состояния иногда бывает достаточно в более легких случаях, чтобы послужить основой для лечебных мер,^[39] но в более запущенных случаях или случаях с более длительным течением необходим реальный анализ, чтобы выявить неизвестные факторы.

Именно на этом этапе многие исследователи психических расстройств отказываются идти дальше по пути исследований. До этой стадии, говорят они, человек полагается на установленные факты, поскольку у него есть гарантия собственной памяти пациента на полученные данные. Дальнейший анализ психического феномена неизбежно должен включать обращение к бессознательным факторам. И как только кто-то обращается к бессознательному как к средству объяснения, психология становится просто "ареной для капризов".

Вероятно, найдется немного людей, которым это утверждение не покажется выражающим универсальный вердикт здравого смысла. Именно это оно и делает. Но нет необходимости указывать на то, что один только здравый смысл не всегда является самым надежным руководством к открытию факта. Невооруженный здравый смысл на протяжении веков не только сообщал людям, что солнце движется вокруг земли, но говорил им это с такой окончательностью и убежденностью, что для тех, кто не верил в такой очевидный факт, возникали чрезвычайно неприятные последствия. И от старой веры, какой бы ложной она ни была, еще предстоит отучиться каждому ребенку.

Точно так же точка зрения "здравого смысла", которую мы описали, не является безупречной. Он предполагает, что пациент способен не только преодолеть огромные трудности точного перевода своих переживаний и убеждений в слова — трудная задача даже для хорошо образованного человека, - но и объяснить их правдиво.

Можно, однако, указать, что, хотя это последнее упомянутое вводящее в заблуждение допущение широко распространено, оно ни в коем случае не является столь универсальным или столь стойким в человеке, как "вера его собственных чувств" в то, что солнце вращается вокруг земли. На самом деле, совершенно независимо от учений современной психологии, мы часто находим в сознании непрофессионала вполне обоснованные подозрения, что человек не

всегда компетентен обосновывать свое психическое состояние. Эта точка зрения выражена в знаменитом совете будущему судье: “Выскажите свое решение, оно, вероятно, будет правильным. Но не приводите своих причин, они почти наверняка будут ошибочными”.[40]

Какой обычный человек, не сведущий в тонкостях теологии или сравнительного религиоведения, мог бы дать агностичное удовлетворительное объяснение причины, по которой — будучи, скажем, христианином, причем христианином—протестантом - он является примитивным методистом или английским пресвитерианином? Давайте еще больше усложним дело, предположив, что эта секта, к которой он сейчас принадлежит, не является той, в которой он был воспитан своей семьей! Многие факторы, которые способствовали его нынешним религиозным убеждениям, возможно, сейчас полностью забыты, и вспомнить их можно только с величайшим трудом[41] и с помощью второго человека, опытного в таком расследовании.

Мы можем взять в качестве хорошего примера исторической сложности значимых жизненных установок и поступков процесс влюбленности, особенно если это не любовь с первого взгляда или, по крайней мере, кажется, что это не так. Общеизвестно, что в развитии этого психологического феномена зрители видят большую часть игры. Другими словами, действия двух людей, которых постепенно все больше и больше влечет друг к другу, частично определяются мотивами, которые, будучи неизвестными им самим, очевидны их наблюдательным родственникам и друзьям.

Можно привести дополнительные примеры, иллюстрирующие этот важный и часто оспариваемый момент. Предположим, что музыкальный критик, услышав новую симфонию нетрадиционного композитора, немедленно дает пространную оценку исполнению. Ясно, что никто не ожидал бы, что он сможет без обиняков изложить свои доводы в пользу каждого предложения критики. Но очевидно, что одна фраза в этом отчете может быть лишь вершиной целой пирамиды воспоминаний, проистекающих из технической подготовки критика, его отношения к новому выступлению, переживаний, сильно окрашенных эмоциями, которые могли вызвать несколько нот музыки, и его психического состояния в то время, когда он слушал исполнение. Никто не отрицает, что они, возможно, сформировали или даже определили его критику. Но кто поверит, что все они были в сознании на момент написания статьи или что он мог реанимировать их без особого времени и хлопот и, возможно, с помощью перекрестного допроса?

Опять же, бывают случаи, когда общество ожидает, что человек должен не осознавать причин некоторых своих действий. От него ожидают, например, что он будет вести себя вежливо, внимательно и рыцарски по отношению к дамам не потому, что в момент выхода на улицу он вспоминает, почему он это делает, а просто потому, что его так воспитали. И наоборот, слишком сознательная вежливость мужчины вызывает у окружающих — и часто справедливо — подозрение, что это недавнее приобретение.

Таким образом, мы видим, что человек редко способен дать правдивый отчет, даже самому себе, о причинах, лежащих в основе его важных поступков и убеждений, когда его психическое состояние относительно спокойно, а социальные отношения нормальны. Но когда речь идет о случае психического расстройства, становится совершенно очевидным, что пациент часто не в

состоянии дать ни себе, ни другому что-либо похожее на полное или правдивое перечисление и описание предшествующих переживаний, которые привели к его нынешнему состоянию.

Следовательно, становится необходимым признать, что бессознательные факторы огромной важности могут играть влиятельную роль в возникновении психических расстройств и что, следовательно, необходимо найти какой-то способ задействовать эти подводные потоки.

Самый прямой путь к пониманию сложностей бессознательных психических процессов человека открывается при изучении его наиболее "необычных" действий и мыслей. Ибо лишь немногие люди настолько полностью адаптированы к своему окружению или настолько идеально уравновешены, что никогда не возникают моменты, когда их ментальное поведение не вызывает удивления ни у них самих, ни у других. И даже замечательные крайтоны, с которыми мы знакомы, не совсем застрахованы от непредсказуемых моментов — по крайней мере, во сне. Таким образом, сновидение - это главные врата, через которые мы можем войти в познание бессознательного. Ибо во сне относительно значительный контроль, которым большинство из нас в бодрствующей жизни обладает над приходом и уходом ментальных событий, почти, если не полностью, утрачивается. Мысли и желания, которые, если бы они попытались доминировать над сознанием в бодрствующей жизни, были бы немедленно подавлены, возникают, развиваются и расширяются до поразительной степени во сне.

Это утверждение, конечно, совершенно независимо от выводов, вытекающих из какой-либо одной "теории сновидений". Его истинность очевидна любому, кто честно записывал или обдумывал свои собственные сны даже в течение короткого периода.

Другие необычные психические процессы проявляются в таких событиях, как "оговорки языком", "опечатки пером", неправильное расположение важных объектов, забывание значимых фактов или, наоборот, неспособность выкинуть из головы кажущееся неважным воспоминание. Все эти явления, достаточно распространенные у нормального человека, обычно более часты у ненормального разума. Помимо добровольного рассказа пациента об этих событиях и комментариев к ним, [42] для врача возможны другие методы получения данных. Он отметит вопросы, о которых в разговоре пациент склонен умалчивать, смущаться или необъяснимо раздражаться, колебаться, говорить, что он забыл, или даже лгать. Все эти побочные эффекты психического строения тщательно отмечаются врачом, и выводы, сделанные на их основе, сравниваются не только с рассказами пациента о себе в разные дни — рассказами, которые, будучи сведены воедино, могут выявить важные расхождения и слабые места, — но и с информацией, полученной от его семьи. Эти устройства служат для того, чтобы необычным образом выявить целый ряд воспоминаний, многие из которых имеют огромное значение для понимания нынешнего психического состояния пациента, которые было бы совершенно невозможно обнаружить в простой беседе или даже при перекрестном допросе.

Иногда возникает ощущение, что эти методы, которые сильно смахивают на то, чтобы заставить пациента врасплох, хотя и могут выявить некоторые интересные детали его прошлой жизни, делают не более чем несколько незначительных наростов под сильным увеличительным стеклом на его в остальном прекрасном умственном облике. Но следует отметить, что никто, кто когда-либо честно собирал и сравнивал воспоминания, которые объединились в дюжину его снов, - особенно если он сделал это с помощью и под перекрестным допросом искреннего

друга, который хорошо его знает, — не будет утверждать, что найденный таким образом материал неважен. Как говорит профессор Фрейд, “Сновидение никогда не занимается пустяками”. Вероятно, именно потому, что мыслям и желаниям, лежащим в основе снов, было отказано в их нормальном выходе, они выражают себя в таких причудливых формах.

Более того, не следует упускать из виду тот факт, что в других науках, включая самые точные, физические, к наиболее глубоко важным общим выводам часто приходят в результате изучения необычных явлений, когда природа “сбита с толку”. Изучение грозы было основой наших нынешних знаний об этой великой силе, которая действует не только при грозах, но и во всей материи. Наблюдение за спорадическими и относительно необычными извержениями вулканов разума может оказаться важной основой наших будущих знаний в области общей психологии. Как в неорганическом, так и в органическом мире нет резкой границы, отделяющей нормальное от ненормального, и необычное явление иногда проще и легче поддается изучению, чем обычное, как так любил демонстрировать “Шерлок Холмс”.^[43] Таким образом, с научной точки зрения у нас есть все основания для того, чтобы максимально углубить наше изучение необычных психических феноменов, проявляемых пациентом, и для нашей веры в то, что их природа не маловажна, а весьма значима для терапевтических целей.

Однако против такой процедуры часто выдвигается другое возражение, исходящее совсем из другого направления или, скорее, из ряда направлений. Это возражение может быть выражено просто в словах, таких как “Не следует так глубоко проникать во внутреннюю психическую жизнь пациента”, и на него нельзя ответить ни единым аргументом. Причина в том, что он многогранен по форме и что каждую из его граней или аспектов необходимо рассматривать отдельно. Ибо каждому должно быть очевидно, что от такого возражения нельзя легкомысленно отмахиваться.

Аспектов этого вопроса, которые, по-видимому, особенно привлекли критиков описываемого нами метода, по меньшей мере четыре, которые мы можем охарактеризовать как эстетический, социальный, медицинский и моральный.

Происхождение первого, эстетического аспекта, легко увидеть. Совершенно ясно, что при исследовании сокровенных тайн жизни человека (и особенно жизни, которая стала настолько запутанной и запутанной, что для ее восстановления требуется помощь другого человека) часто всплывает многое, о чем пациенту неприятно рассказывать. Когда мы вспоминаем, что невроз часто (возможно, всегда) возникает в результате неспособности пациента приспособить свои инстинктивные требования к возможностям окружающей среды, становится ясно, что при изучении его истории болезни неизбежно обсуждение психических событий, в которых фундаментальные инстинкты сыграли большую роль. Итак, из этих важных инстинктивных импульсов очевидно, что в цивилизованном сообществе немногие так часто пресекаются, намеренно подавляются или иным образом препятствуются, как мощный импульс секса. Из этого следует, что в большом количестве случаев обсуждение сексуальных тем становится неизбежным. Некоторые критики ухватились за этот момент как за слабое место, против которого можно начать свои атаки, обрушиваясь на неприятность, даже тошнотворность подобной дискуссии. Однако не все из них ясно дают понять, кто, по их мнению, должен быть огражден от подобных неприятных переживаний - пациент или врач. В последнем случае вердикт общества, вероятно, был бы таков: чем скорее человек, нуждающийся в такой защите, будет освобожден не только от этих несвойственных ему обязанностей, но и от любых

медицинских обязательств вообще, тем лучше для общества. Если первое, то можно отметить, что каждый разумный человек согласится с тем, что человек, который не говорит всей правды своему врачу или адвокату, - дурак. Более того, даже в нынешних условиях, если это будет сочтено целесообразным в интересах физического здоровья пациента, врач без колебаний задает вопросы о самых интимных вещах, а пациент отвечает на них, причем некоторые из них вызывают тошноту в буквальном, а не только в переносном смысле.

Поэтому мы можем отклонить эстетическое возражение как недостойное рассмотрения ни добросовестным врачом, ни разумным пациентом.

Теперь мы можем обратиться к тому, что мы называли социальным аспектом возражения. Он не нуждается в пояснениях. Возникло соглашение, под которым многие сознательно или бессознательно подписались, что врач должен задавать, а пациент совершенно свободно отвечать на вопросы, касающиеся физического самочувствия пациента, но что любые необычные психические явления должны рассматриваться как личное дело пациента, в которое врач не должен совать нос не в свое дело.

Было бы опрометчиво отрицать, что до определенного момента эта конвенция может быть защищена. Но, зайдя слишком далеко, она приводит к катастрофическим результатам. Более того, врач не может лечить многие разновидности даже физических заболеваний, не став в значительной степени доверенным лицом не только пациента, но часто и его семьи. И нет никаких сомнений в том, что существующий неписанный закон о том, что врач должен ограничиваться физическими недугами пациента, часто благоразумно игнорируется очень многими успешными практикующими врачами. Тем не менее, следует признать, что конвенция существует и, как и все социальные обычаи, чрезвычайно живуча.

Главное медицинское возражение, которое мы сейчас рассмотрим, обычно выражается в какой-либо форме, например, в утверждении, что “пациенту становится хуже, когда он говорит о своих тревогах” и что лучше “попытаться заставить его забыть о них”. Давайте рассмотрим эти утверждения, оба из которых содержат определенную долю правды, но если их безоговорочно применять к серьезным случаям зарождающегося психического расстройства, они могут своими соответствующими негативными и позитивными тенденциями нанести неисчислимый вред. Они часто являются результатом применения опыта, приобретенного в результате успешного лечения определенного типа “болезни воображения”, к рассмотрению гораздо более сложных случаев, в которых такое простое и прямолинейное лечение невозможно. Допустим, человек приходит к врачу и признается ему в своих опасениях, что он страдает каким-то органическим заболеванием. Врач после тщательного обследования объективными средствами доказывает пациенту, что с ним все в порядке; страдалец успокаивается и возвращается к своим повседневным делам и со временем забывает об этом беспокойстве или перестает беспокоиться при воспоминании о нем. Здесь диагноз, лечение и излечение могут быть несложными и лежать “на поверхности”. Но даже здесь следует подчеркнуть, что в некотором смысле разговор о своей проблеме не только не “усугублял состояние пациента”, но и был *непременным* условием излечения; в противном случае врач никогда бы не узнал о страхе. Однако, с другой стороны, разговор о проблеме действительно делал страдальца хуже — но лишь на короткое время, во время признания в своих опасениях, или, возможно, даже на несколько дней, если требовалось более одного посещения кабинета для консультаций, прежде чем можно было получить вердикт врача.

Но не все визиты к врачу заканчиваются так быстро или так легко, как этот. Заболевание пациента при осмотре может оказаться органическим и давним. Считает ли тогда врач, что его долг - подражать христианскому ученому или “заставить пациента забыть об этом”? Напротив, он не уклоняется от применения самых сложных методов исследования, длительного и часто болезненного лечения, и, если это кажется необходимым в интересах пациента, он проведет или организует оперативное вмешательство, которое может быть трудным, дорогостоящим, отнюдь не безопасным и, вполне вероятно, “ухудшит состояние пациента”, возможно, на значительное время, прежде чем появятся положительные результаты.

Поэтому бесполезно утверждать, что, с одной стороны, психологические методы лечения психических расстройств не нужны, потому что некоторым пациентам становится лучше без их применения; в то время как, с другой стороны, они опасны, потому что могут ухудшить состояние пациента. Те же замечания можно применить к большинству успешных оперативных методов современной медицины. Все они чреваты серьезным ущербом, если их применять неквалифицированными людьми.

Степень, в которой врач имеет медицинские основания исследовать интимные аспекты пациента, очевидно, зависит от конкретного случая. Не всем пациентам требуются такие радикальные разрезы; факт, который был четко продемонстрирован в специальных военных госпиталях. Интеллигентный человек с сильной волей, чьи социальные отношения до сих пор были нормальными и счастливыми, может быть временно “сбит с толку” эмоциональным напряжением предвыборной кампании, но после нескольких расспросов о причинах его душевных страданий и нескольких объяснений его часто снова ставят на ноги.

Однако мы не должны забывать и о другой стороне картины. Есть много пациентов, которым отнюдь не становится хуже от конфиденциального рассказа и обсуждения своих психических проблем подходящему человеку, а они испытывают огромное облегчение в результате такого снятия бремени. Люди в военных госпиталях повторяли это снова и снова, в таких фразах, как: “Меня распирало от желания рассказать это кому-нибудь, кто понял бы”, или: “Я обращался ко многим врачам с тех пор, как покинул фронт, но вы первый, кто спросил меня о моем разуме”. Часто оказывается, что проблемы вызваны их незнанием огромных индивидуальных различий в умах, так что появление у них нового, но ни в коем случае не патологического психического феномена чрезмерно пугает их. Мы уже упоминали о случаях такого рода в главе I.^[44] Другой частой причиной наиболее сильных и продолжительных душевных страданий является преувеличенный самобичевание, которое пациенты связывают с каким-то реальным, но, по мнению других, сравнительно тривиальным недостатком или правонарушением в них самих. Пользуясь выразительным выражением, неврастеник “утратил свою систему ценностей”. Именно в таких случаях беседа с тактичным, отзывчивым врачом с широкими взглядами может дать наилучшие результаты.

Предполагать, что можно заставить пациента забыть о подобных тревогах, не выяснив сначала, что это такое, - очевидная глупость в самом грубом ее проявлении. Более того, как мы видели, совершенно недостаточно просто обнаружить, что пациент “страдает галлюцинациями” или бредом, а затем сказать ему, чтобы он выбросил их из головы. Предполагать, что, не понимая природы и конкретных причин развития конкретной галлюцинации, можно “заставить пациента забыть” его интерпретацию реального опыта, который вызвал к нему день и ночь в течение нескольких недель, или изгнать бред, который постепенно систематизируется и

рационализируется —*т.е.*, тесно вплетенный в ткань всего его опыта, — это предположение, которое фактически не имеет под собой никаких оснований.

Нельзя слишком подчеркивать тот факт, что многие из этих пациентов вполне вменяемы, если рассматривать поведение как критерий вменяемости; но они все больше боятся появления этих аномальных явлений и принимают их за признаки зарождающегося — или, что более обычно, возможно, установившегося — безумия. Отсюда следует важный вывод, что, хотя лечение методом изоляции имеет очевидные преимущества в определенных случаях, в конкретной группе пациентов, которую мы сейчас обсуждаем, оно часто опасно по причинам, уже подчеркнутым в предыдущей главе. О наличии таких психических феноменов врачам обычно сообщают только после долгих колебаний, и такие тревожные переживания обычны в случаях бессонницы и других расстройств, которые, хотя и доставляют беспокойство, не кажутся серьезными. Следовательно, возможно, что изоляция может иметь серьезные последствия во многих случаях, когда ее конечным результатом, по-видимому, является лишь то, что пациенту не становится лучше.

Таким образом, следует признать, что в некоторых случаях (далеко не во всех) пациент может испытывать временную боль из-за того, что причины его беспокойства становятся достоянием гласности, но обычно это случай *восстановления сил*. Эта процедура часто неизбежна при медицинском лечении многих заболеваний, которые осложнились в какой-либо значительной степени.

Теперь мы переходим к трудной задаче - рассмотрению моральных возражений против процедуры психологического анализа. Трудность, очевидно, заключается в том обстоятельстве, что, в то время как при обсуждении других возражений можно постоянно указывать на факты, с которыми, по крайней мере, подавляющее большинство цивилизованных людей находятся в сердечном согласии, в вопросах морали такое единодушие не столь полное. Однако некоторые разновидности моральных возражений не основаны на таких спорных основаниях. Например, существует аргумент, что для пациента вредно подвергать свою сокровенную психическую жизнь тщательному анализу, который мы описали, поскольку для сохранения его самоуважения важно, чтобы он, насколько это возможно, считал себя “хозяином своей души”. С последним утверждением ни один разумный человек не стал бы спорить. И там, где возможно (как это часто бывает) распутать небольшой психический клубок без обширного и продолжительного расследования, мы считаем, что в интересах пациента настоятельно необходимо уважать его частную жизнь. Однако следует отметить, что, поскольку эта процедура в равной степени отвечает интересам добросовестного врача — поскольку она экономит ему время и неприятности, она, вероятно, будет применяться везде, где это возможно. В специальных военных госпиталях, например, в легких случаях часто считалось ненужным слишком настаивать на расследовании; пациент успешно “усваивал урок” на ранней стадии разбирательства.

Но из этого, очевидно, не следует, что тот факт, что человек по вполне достаточным причинам посвятил врача в свою тайну, обязательно должен приводить к снижению его самоуважения. Напротив, он часто выходит из такого испытания с возросшей уверенностью и лучшим мнением о себе, особенно если, как это часто бывает, его самобичевания были необоснованны. В цивилизованном мире существует относительно большая доля людей, которые обычно признаются священникам в своих недостатках. Можно признать, что исповедь имеет свои

недостатки, но предположение о том, что обращение к ней неизбежно способствует умственной дряблости, очевидно, необоснованно. Делового человека, который, столкнувшись с необходимостью успешно справиться с совершенно новой ситуацией, консультируется со своим юрисконсультантом, обычно не обвиняют в недостаточной уверенности в себе. Ведение собственных юридических операций, подобно самостоятельному лечению, может показаться (вульгарному человеку) проявлением независимости, но его результаты не всегда радостны.

Поэтому совершенно справедливо утверждать, что ни один из аргументов против использования психологического анализа не имеет большого значения. Однако в некоторых случаях они служат ценным напоминанием о том, что этим тонким и мощным инструментом, как и всеми другими, обладающими подобными характеристиками, следует пользоваться осторожно.

Теперь мы можем приступить к подведению итогов нашей нынешней позиции и кратко резюмировать содержание предыдущих замечаний. Многие случаи “функционального нервного расстройства” или “невроза” демонстрируют в качестве своих наиболее важных характеристик симптомы, основополагающие факторы которых явно являются *психическими*. Невроз можно рассматривать как неудачу акта адаптации.^[45] Возникающие в результате психические расстройства не оказывают серьезного воздействия на “разум” или “интеллект”, как предполагалось ранее, но носят преимущественно инстинктивный и эмоциональный характер. Поведение невротика перед лицом непреодолимой трудности во многом похоже на поведение ребенка. Причины, по которым эта аналогия не всегда очевидна (хотя часто она совершенно очевидна), заключаются в том, что, в то время как у ребенка обычно можно оценить причину эмоционального расстройства и наблюдать за его развитием, в случае цивилизованного невротичного взрослого эти возможности часто исключаются. Как его непреодолимая трудность, так и исторические обстоятельства, которые сделали ее непреодолимой, могут (они не всегда таковыми являются) лежать в основе его сокровенной ментальной жизни. Кроме того, трудности ребенка обычно вызваны просто его неспособностью приспособиться к своему окружению; или, возможно, чаще всего, приспособить свое окружение к самому себе. Взрослый невротик, с другой стороны, добавляет к этим трудностям еще одну значительную - отсутствие внутренней гармонии. Внутри него так же, как и снаружи, есть враждующие элементы: он пытается бороться с врагом с помощью армии, которая взбунтовалась.

Отсюда следует, что любая попытка восстановить равновесие между ним самим и его социальным окружением должна сопровождаться аналогичными усилиями по достижению его внутренней гармонии. Следовательно, в таких случаях необходим определенный психологический анализ. Без такого исследования применение физических или психических методов лечения неизбежно должно быть попыткой в темноте.

Задача психологического анализа осложняется тем фактом, что не все мотивы нынешних убеждений, установок и действий пациента являются осознанными; проникновению в сознание некоторых неприемлемых мотивов и воспоминаний препятствуют различные психические процессы. Когда действие этих защитных механизмов было подорвано различными средствами, ему становится ясен реальный смысл и история нынешнего психического состояния пациента. В свете этого нового самопознания он начинает лечить себя. В некоторых случаях ему может потребоваться незначительная последующая помощь или вообще не

потребоваться, но обычно необходим процесс перевоспитания[46]. Он все еще может нуждаться в помощи при преодолении некоторых препятствий, с которыми он сталкивается, и он может нуждаться в более или менее частой поддержке и советах в той степени, которая определяется его склонностями, темпераментом и характером. С помощью этих средств он “освобождается от самого себя”, освобождается от преувеличенного эмоционального тона, который стал присущ столь многим его воспоминаниям, и таким образом получает возможность заново взглянуть на жизнь с гармоничным и целостным умом.

Процедура, которую мы обсуждали, - это именно та процедура, которую разумная мать применяет по отношению к ребенку, проявляющему внезапный и беспричинный страх, гнев или любую другую социально нежелательную эмоцию. Тот же метод применяется по отношению к человеку, который, запутавшись в своих финансовых делах, обращается за советом к опытному и рассудительному другу по бизнесу. “Твердость” — несимпатичного и неразумного порядка — иногда может привести к хорошим результатам в обоих этих случаях, но обычно это только ухудшает ситуацию. Выплата коммерческому путанику нескольких из его основных долгов может на время устранить его смущение, но если это не сопровождается попыткой реформировать его методы ведения бизнеса, результатом обычно будет лишь то, что такое обращение позволит ему взять на себя новые обязательства. Так бывает, когда симптом или набор симптомов при неврозе неразумно устраняется: новые неприятности часто возникают на новом месте.

Мы считаем, что не существует и не может существовать серьезных аргументов против процедуры психологического анализа и перевоспитания, которую мы только что описали. Но теперь мы переходим к разговору о процедуре, введенной за последние несколько лет, которая, безусловно, не избежала критики как самого лестного, так и самого враждебного характера. Этим методом “психоанализа” мы обязаны профессору Зигмунду Фрейду из Вены, который разработал его как продолжение и доработку пионерской работы своего бывшего учителя, профессора Пьера Жанэ[47]из Парижа.

Пожалуй, немногие медицинские термины вызывали столько непонимания, столько критики, как у хорошо информированных, так и у плохо информированных, и столько вражды, как это слово “психоанализ”. Однако сам по себе этот последний факт не должен предубеждать читателя ни за, ни против него. Он, вероятно, вспомнит, что это скорее исключение, чем правило, когда инновация воспринимается без враждебности не только широкой общественностью, но и экспертами, работающими в провинциях, граничащих с областью, в которой внедряется новый метод.

Следует отметить, что большая часть жарких дискуссий, разгоревшихся вокруг этого слова “психоанализ”, связана с тем фактом, что этот термин имеет разные значения, используемые не только его врагами, но и друзьями. Психоанализ, согласно доктору Юнгу, - это *метод*; “метод, который делает возможным аналитическое сведение психического содержания к его простейшему выражению и обнаружение линии наименьшего сопротивления в развитии гармоничной личности”.[48]

Следовательно, психоанализ - это метод психологического анализа. Почему же тогда мы не использовали термин “психоанализ” в предыдущей части книги? Это было сделано исключительно для того, чтобы избежать ненужного и язвительного обсуждения какого-либо

конкретного доктринального аспекта вопроса, который может быть понят как подразумеваемый этим термином.

Каждому мыслящему человеку ясно, что при анализе психического состояния врач должен использовать все законные средства, имеющиеся в его распоряжении. Если эти средства включают, как это и есть, ценную помощь, полученную в результате изучения сновидений пациента, его “ассоциаций”, свободных или ограниченных,^[49] и других психических феноменов, врач может использовать их свободно, не присоединяясь при этом к какой-либо одной “доктрине психоанализа”.

Термин "психоанализ" широко применяется не только к диагностическому методу, но и к теориям, которые лежат в основе последующего процесса перевоспитания и определяют его. Это, по-видимому, неправильное использование полезного слова “анализ”. Могут возразить, что во всяком научном анализе есть какая-то директивная гипотеза, подлежащая подтверждению или опровержению, и что в этом смысле любой анализ основан на теории. Это верно, но представляется нецелесообразным путать аналитический процесс с теорией, которая управляет одной из его форм.

Когда мы переходим к рассмотрению теоретических предпосылок, лежащих в основе различных методов перевоспитания, используемых различными врачами, неудивительно, что на этой ранней стадии наших знаний мы обнаруживаем расхождения во мнениях. Врач на каждом шагу будет обнаруживать, что для “приведения в порядок” разрозненных функций психики пациента ему понадобится не одна теория, а множество, поскольку его проблема - сама жизнь.

Вся его собственная человеческая симпатия с ее необходимой основой, знание его собственных сильных и слабых сторон, все его познания в области физики и психологии, все его знания морали и религии должны быть доступны для немедленного и эффективного использования. В одном интервью ему, возможно, придется установить закон в пользу какого-нибудь невежественного и расстроенного пациента, который отчаянно стремится беспрекословно следовать его советам; в следующем он может оказаться в тесной схватке с умом, более гибким и независимым, чем его собственный, хорошо зная, что каждая его маленькая победа должна быть закреплена, и что каждая завоеванная позиция может быть впоследствии контратакована его пациентом. Он должен быть готов предлагать, обсуждать, убеждать в зависимости от времени и условий.

Таким образом, хотя конечные ориентиры, по которым станут возможными идеальный диагностический анализ и лечебное перевоспитание, пока еще не определены, было бы бесполезно в книге такого объема поднимать дискуссию по вопросу психоанализа. Его будущее будет решаться не в накаленной атмосфере дебатов, не в язвительной полемике в колонках корреспонденции, а в спокойном, тщательном изучении отдельным сотрудником своих собственных фактических результатов и честном сравнении их с результатами других.

СНОСКИ:

[37] Такое развитие включает в себя сложный набор процессов, природа которых ни в коем случае не очевидна для невооруженного здравого смысла.

[38] "... например, пациент может утверждать, что он король, но что существует организованный заговор с целью лишить его права первородства. Таким образом, бред иногда превращается в чрезвычайно сложную систему, и каждый факт переживания пациента искажается до тех пор, пока он не становится способным занять свое место в бредовой схеме ". Бернард Харт, "Психология безумия", Кембридж, 1914, стр. 32.

[39] Ср. стр. 15 *идалее*

[40] Ср. Харт, *указ. соч.*, стр. 66f.

[41] Читатель может интересно провести время, пытаясь дать себе или другим исторический отчет о событиях своей жизни, которые заставили его выбрать свою нынешнюю профессию. Вероятно, он обнаружит, что всплывают воспоминания об инцидентах и разговорах, которые были забыты годами. И все же он может обнаружить, что они в очень значительной степени повлияли на его нынешнюю жизнь и его действия в любой момент настоящего. Их нынешние действия явно были бессознательными.

[42] Не следует забывать, что, когда пациент на ранней стадии психического расстройства добровольно обращается к врачу, его *активное сотрудничество* в задаче отслеживания причинных факторов его проблемы имеет наибольшую ценность. На эту помощь нельзя рассчитывать после того, как пациент был признан невменяемым и помещен в психиатрическую лечебницу, или даже после того, как он был доставлен к врачу по просьбе других. По очевидным причинам он, скорее всего, будет скрывать, чем раскрывать свою эксцентричность. Симуляция безумия сравнительно редка: ее трудно и обычно легко обнаружить. Именно лицемерие — сокрытие симптомов болезни — является злейшим врагом врача. Введенный в заблуждение человек может скрывать свои заблуждения, потому что "все знают, что эти верования безумны": меланхолик может на время притворяться веселым, чтобы никто не посягал на его свободу. (Ср. "Всеобщую психопатологию" К. Джаспера, Берлин, 1913, стр. 317.) Такое отношение пациента, очевидно, усиливается нашим нынешним обычаем откладывать лечение психического расстройства.

[43] В своем рассказе о замечательных подвигах "Шерлока Холмса" сэр Артур Конан Дойл просто применял, с неподражаемым мастерством и литературной находчивостью, методы клинической диагностики в медицине для раскрытия воображаемых преступлений. Необычное явление в медицине или в криминалистике часто дает наиболее очевидную подсказку эксперту, который может оценить его значение, в то время как простая диспепсия или обычное убийство могут представлять неразрешимые проблемы, поскольку они не выявляют отличительных признаков, которыми мог бы руководствоваться следователь.

[44] стр. 17ф.

[45] Взгляд доктора К. Г. Юнга, Аналитическая психология, стр. 234.

[46] Важно помнить, что успешное перевоспитание использует эмоциональные факторы в психическом строе пациента, помогая ему осознать ценность вещей, которые сделают жизнь

еще раз более привлекательной и достойной того, чтобы ею жить. В этом процессе, чем больше врач знает о социальных, моральных или религиозных отношениях пациента, тем раньше и удовлетворительнее будет его успех.

[47] ПОПРАВКА.

Досадная ошибка во втором абзаце на странице 73 ускользнула от нашего внимания во время исправления корректур. Профессор Пьер Жане ранее не был учителем профессора Фрейда, но был его товарищем по учебе, когда они учились у Шарко в Париже.

[48] Указ. соч., стр. 256ф.

[49] Ср. Харт, указ. соч., стр. 69ф., Юнг, указ. соч.

ГЛАВА IV.

Некоторые общие соображения.

Поучительно сравнить общественное отношение к безумию с тем, которое принято в случае другого серьезного заболевания, туберкулеза.

В настоящее время существует общее убеждение, не только среди медицинских работников, но и среди значительной части образованной общественности, что туберкулез является излечимой болезнью. Он может существовать в легкой и зарождающейся форме у многих людей, считающихся здоровыми, и при надлежащем лечении на ранних стадиях, с должным учетом не только фактического заболевания в организме, но и здорового окружения человека, его почти наверняка можно победить. Однако не так много лет назад эта счастливая вера не оправдалась. Человек “в чахотке”, особенно если “чахотка была в семье”, считался находящимся в очень серьезном и почти безнадежном состоянии. Пациент, лишенный доступа свежего воздуха, неправильно и недостаточно накормленный, часто умирал, что является еще одним примером в поддержку распространенной в то время ненаучной концепции наследования болезни. Но такие условия проходят. В наших медицинских школах и больницах особое внимание уделяется диагностике и лечению ранних форм туберкулеза; подчеркивается важность профилактических мер; объясняется влияние окружения пациента на развитие заболевания или борьбу с ним; и будущему практикующему врачу часто предоставляются возможности для личного обследования больных туберкулезом. Старые представления о “наследственности чахотки” претерпели значительные изменения. Болезнь пациента больше не объясняют как “семейную” и на этом останавливаются. Профилактические меры, раннее лечение, попытка справедливо оценить относительное влияние наследственности и окружающей среды - вот лозунги современной медицинской борьбы с туберкулезом.

Однако, если мы рассмотрим отношение широкой общественности в этой стране к болезни безумия, мы обнаружим смесь невежественного суеверия и преувеличенного страха. Отсюда проистекает тенденция игнорировать болезненную тему до тех пор, пока случай, произошедший слишком близко к дому, не сделает эту страусиную политику несостоятельной. Страдальца помещают в “сумасшедший дом”, при этом ни он сам, ни его родственники не

избавлены от беспричинной дополнительной нагрузки на их чувства, вызванные этим именем, которое долгое время вселяло ужас в необразованные умы. Его забирает сменяющий его офицер округа, часто под предлогом того, что его отправляют “на несколько недель в дом для выздоравливающих на берегу моря”, и в конце концов он оказывается под замком. Здесь, как хорошо известно, к нему относятся с большой добротой. Ни государственные деньги, ни усилия персонала не ограничены в стремлении сделать его участь как можно более приятной — “сегодня приют стал образцом комфорта и порядка”.^[50] Но соотношение врачей и пациентов составляет в среднем один к 400, и чрезвычайно трудно гарантировать, что всех пациентов, оказавшихся в “сумасшедших домах”, регулярно навещали друзья из внешнего мира.^[51] Отношение широкой общественности не является намеренно жестоким, но оно кажется гораздо более доброжелательным, чем есть на самом деле. Общество хорошо относится к страдальцу, когда, *но не раньше, чем* он станет “сумасшедшим”. Это позволяет его заблуждениям закрепиться, его эксцентричности и нежелательным поступкам превратиться в привычки, его депрессивным настроениям проникнуть и скрепить воедино всю его жизнь — а затем интернирует его и доброжелательно обращается с ним до конца его жизни, но не предоставляет ему возможностей для безвозмездного лечения, пока он еще в здравом уме. *Такова сегодняшняя британская процедура.*

Чтобы нас не обвинили в преувеличении или чего похуже, мы приведем здесь цитаты из опубликованных статей и отчетов.

Доктор Бедфорд Пирс говорит:—

“Позвольте мне в нескольких слов обозначить недостатки нашей нынешней системы. В настоящее время, вообще говоря, ни одно лицо, неспособное оплатить его стоимость, не может получить адекватное лечение до тех пор, пока его не признают невменяемым. Это практически означает, что никакое специальное лечение невозможно до тех пор, пока он несовершенно сломлен и не пострадает настолько серьезно, что убедит судью в том, что он решительно безумен. Ни одна больница общего профиля не примет такого пациента; все государственные приюты закрыты для любого, кто просит защиты или лечения, поскольку приюты графства не могут принимать добровольных пансионеров, даже если предстоит оплатить расходы на их содержание.

Следовательно, нет другой альтернативы, кроме как обратиться в органы по защите прав бедных, которые при определенных обстоятельствах обеспечивают двухнедельное лечение в лазарете работного дома. Вся система в корне неверна. Когда жена ремесленника впадает в депрессию после родов, конечно, это крайне жестоко - сделать ее нищей и отправить в лазарет работного дома до принятия решения о том, сумасшедшая она или нет. В таком случае очевидно, что этот курс не будет принят до последнего возможного момента, и, следовательно, будет потеряно много ценного времени.

Каждый практикующий врач сможет вспомнить пациентов, неуклонно приближающихся к безумию в неблагоприятных условиях. Этот вопрос еще более актуален для врачей-консультантов, особенно для тех, кто интересуется нервными и психическими заболеваниями ”. (Указ. соч., стр. 42.)

Словами из отчета Медико-психологической ассоциации:—

“Нынешняя система, которая обязывает всех лиц, за исключением тех, кто в состоянии адекватно оплачивать свое содержание, обращаться в органы по защите прав бедных, чтобы получить лечение, является неудовлетворительной и несправедливой. В сомнительных и неразвитых случаях временная помощь может быть оказана только в рабочих домах или приютах для бедных, в которых, за очень немногими исключениями, отсутствуют надлежащие условия для лечения.

Система, которая искусственно создает нищих для получения медицинской помощи, неизбежно действует как сдерживающий фактор, так что слишком часто возникают серьезные и даже катастрофические задержки.”[52]

Это не совсем запираание двери конюшни после ухода лошади; это двойное запираание ее тщательно, дорого и часто без необходимости, в чужой конюшне.

Давайте на мгновение сравним это положение дел с тем, которое существует в случае туберкулеза. Сейчас никто не верит, что научный способ лечения этого заболевания заключается в том, чтобы дожидаться, пока пациент не станет представлять реальную опасность для окружающих, а затем запереть его. Этот момент не нуждается в уточнении. Но в этой связи не следует забывать еще об одном факте. Больной туберкулезом обычно обращается к врачу *по собственной воле*, часто получая лечение на относительно ранней стадии заболевания.

Однако существует множество причин, удерживающих душевнобольных от обращения за медицинской помощью. Одна из самых сильных из них - желание вылечить себя собственными усилиями, без посторонней помощи. Это похвальное желание, и оно чрезвычайно полезно и важно в легких и неосложненных случаях, возникших относительно недавно, но в которых, как мы видели, [53] удовлетворение не всегда возможно. Другим фактором является естественная склонность, которую пациент разделяет с остальным общепринятым человечеством, скрывать свои тревоги не только от своих друзей, но, возможно, прежде всего от членов своей семьи. Однако эта склонность к сокрытию часто только усугубляет его психические расстройства. Особенно это характерно для подростков. Как хорошо известно, беседа с добрым, отзывчивым и мудрым человеком или даже признание такому советчику часто означает прекращение многих болезненных душевных конфликтов.

Но в дополнение к этим вполне естественным причинам для отсрочки обращения за медицинской помощью, в нашей собственной стране существуют особые причины для отсрочки. Это связано с перспективами, которые, по мнению страдальца, ожидают его, если он раскроет свою проблему. [54] Лечение зарождающегося психического расстройства часто является длительным и сложным процессом, на который у среднестатистического врача общей практики редко хватает ни времени, ни специальной подготовки. В очень немногих больницах в этой стране возможно амбулаторное лечение таких заболеваний. Для душевнобольного, чьи средства невелики, если усилия врачей общей практики не увенчаются успехом, не существует ничего, кроме попыток вылечить себя или, если ему станет хуже, помещения в психиатрическую лечебницу. Однако, к сожалению, среднестатистическая лечебница, где на 400 пациентов приходится один врач, не удовлетворяет и не может удовлетворить его потребности. Успешное лечение психических заболеваний обычно требует индивидуального ухода, часто продолжающегося в течение длительного периода. Если вспомнить, что в приютах содержится значительный процент пациентов, чьи телесные заболевания, помимо их психических расстройств, требуют внимания врача, и, кроме того, что к тому времени, когда пациент

попадает в приют, его расстройство обычно проходит начальные стадии, легко увидеть, что наша система приютов в ее нынешнем состоянии, мягко говоря, далека от излечения от психических заболеваний. Учитывая, что, несмотря на эти недостатки, 33 процента из выписанных пациентов, [55] мы можем только с радостью признать усилия, прилагаемые приютами; однако мы обязаны спросить: *какой процент нуждающихся заключенных когда-либо попадал в приют?* Могут возразить, что задавать такой вопрос легко, но несправедливо, поскольку на него нельзя дать удовлетворительного ответа. На это возражение есть два ответа: во-первых, судя по нынешнему положению дел, этот вопрос не может задаваться публично слишком часто; во-вторых, материалы для ответа уже готовы. Опыт других стран убедительно доказывает, что значительная часть пациентов могла бы быть вылечена без отправки в психиатрическую лечебницу. Так, например, в Германии, в провинции Гессен, по причине надлежащего лечения на ранних стадиях психического заболевания власти смогли отложить на десять лет строительство нового убежища.

“Психопатическая больница в Бостоне, штат Массачусетс, ... была построена государством специально для лечения недавних острых случаев. За первый год было принято не менее 1523 пациентов, и из них 590 были приняты в соответствии с законом о временном уходе, который предусматривает только недельное содержание под стражей; большое количество пациентов было также принято на добровольной основе, так что в течение года *48 процентов из всех пациентов избежал обычной процедуры невменяемости.*

Читая отчеты о проделанной работе, поражаешься энтузиазму медицинского персонала и обширности проведенных исследований. За два года восемнадцать врачей описали свою работу, охватывающую почти все отделения психиатрии: преступность среди несовершеннолетних, тесты на слабоумие, заболеваемость сифилисом, алкоголизм, водолечение в его влиянии на эритроциты, лечение делирия, профилактика, анализ генетических факторов, лечение сальварзаном, анализы спинномозговой жидкости и, наконец, что не менее важно, ценность амбулаторных отделений и последующего ухода. Существует специальный отдел социального обслуживания для наблюдения за пациентами на дому, и было обнаружено, что из каждых 100 поступивших 20 нуждались в наблюдении при выписке, 24 нуждались в консультациях, 3 нуждались в помощи в организации их выписки, а 10 указали на необходимость профилактической работы в своих семьях.

Это голое описание деятельности Бостонской государственной больницы ясно показывает, какую важную услугу она оказывает, предоставляя лечение отдельно от обычных ассоциаций убежища. Это показывает, как в такой больнице возможно организовать медицинское обслуживание, охватывающее все отделения психиатрии; и далее, что, когда психические симптомы проходят, пациенту не нужно возвращаться к старым ассоциациям без помощи или наблюдения.

Эта больница в Бостоне - лишь одна из многих, которые были открыты в Соединенных Штатах за последние годы. Некоторые из других - благодаря частной щедрости; в частности, можно сослаться на психиатрическую клинику Генри Фиппса в Балтиморе, медицинский персонал которой состоит из директора, помощника директора, врача-ординатора, двух ассистентов и пяти [медицинских работников-резидентов]. В дополнение к ним есть руководители трех исследовательских лабораторий, занимающихся (1) клинической патологией и

биохимическими исследованиями, (2) неврологическими исследованиями и (3) психопатологией”. (Бедфорд Пирс, указ. соч., стр. 42.)

Выступая за создание отдельных кабинетов для лечения нервных и психических заболеваний в непосредственной связи с больницами общего профиля, доктор Бедфорд Пирс говорит:—

“В берлинской больнице Ла Шарите посетитель попадает в небольшой парк, а клиника доктора Зихена - всего лишь одно из многих отдельно стоящих зданий, предназначенных для лечения особых заболеваний. Пациенту, страдающему психическими расстройствами, получить там консультацию так же легко, как и другому пациенту с заболеваниями глаз и легких”.

Следует отметить, что ни один из этих немецких пациентов, вернувшись к своим родственникам и друзьям, не страдает от стигматизации из-за того, что побывал в психиатрической больнице. В нашей стране некоторые из тех же друзей во время отсутствия пациента часто были бы заняты "сочувственным" распространением новостей об отсутствии страдальца и его местонахождении среди всех в округе. Для определенного типа ума есть омерзительное очарование в том, чтобы злорадствовать по поводу болезней и невзгод соседей. Даже при том, что люди, пристрастившиеся к таким привычкам, могут успокоить свою совесть, воскликнув “бедняга” в конце своего повествования, эффект от их поведения не становится менее жестоким и оскорбительным. Здесь не место для обсуждения столь замечательного и важного феномена социальной психологии. Тем не менее, это играет большую роль в причинах распространенного страха перед лечением психических расстройств.

По многим причинам психиатрическая клиника не рассматривается общественностью как “сумасшедший дом”. Например, в клинике Гиссена в Германии лечат как нервных, так и психические заболевания. Пациент, страдающий тремором или парализованным пальцем, посещает это учреждение, а также страдалец, чьи проблемы, если ими пренебречь, могут перерасти в психическое заболевание. Сложные судебно-медицинские случаи, возникающие в результате таких инцидентов, как претензии рабочих и других лиц о компенсации после несчастного случая, направляются в эту клинику для наблюдения и заключения заключения. Здесь также проводятся “Процедуры отдыха” и подобное лечение. Официальное название учреждения, вывешенное при входе, - “Клиника психических и нервных заболеваний”. Таким образом, большинство людей рассматривают это учреждение в совершенно ином свете, чем сумасшедший дом, и широкая общественность не говорит о нем, зажав дыхание. Один из нас, работая в лаборатории немецкой психиатрической клиники, был представлен посетителю, который сделал какое-то замечание о том, “когда я был здесь”. На вопрос “Значит, вы были в штате?” посетитель совершенно естественно ответил: “О нет, я был здесь в качестве пациента”.

Этому опыту можно противопоставить другой инцидент, на этот раз из нашей собственной страны. Делегаты от некоего Попечительского совета посетили окружную психиатрическую лечебницу, чтобы проинспектировать меры, принятые для обеспечения комфорта заключенных из их собственного округа. В местной газете на следующей неделе появился отчет об этом визите в форме выступления главного делегата на последующем заседании правления. Этот отчет состоял из “забавных” историй об эксцентричности пациентов, которых видели посетители, и о бреде, от которого страдали некоторые жертвы, с достаточными подробностями, чтобы позволить многим родственникам и, возможно, некоторым друзьям этих

“сумасшедших” идентифицировать пострадавших. Газетный отчет об этой юмористической попытке через соответствующие промежутки времени перемежался словами “смех”.

Очевидно, никто не утверждает, что эти два описания типичны ни для Германии, ни для Англии. Но утверждается, что из этих двух общественных установок одну пропагандирует система клиник, а другую - “сумасшедший дом”.

Прежде чем закончить сравнение безумия с туберкулезом, мы должны напомнить читателю о некоторых других фактах, важных в этой связи. Мы видели[56], что научное изучение туберкулеза существенно изменило прежние взгляды на его передачу по наследству. В настоящее время считается, что туберкулез не передается по наследству как таковой; но что ребенок с туберкулезным происхождением может начать жизнь с субнормальной устойчивостью к болезни и, возможно, с большим риском заражения. Если позже у него разовьется болезнь, это можно проследить непосредственно по его окружению. Следствием этого является то, что, если улучшить его среду обитания и одновременно повысить сопротивляемость его организма всеми доступными нам средствами, у него есть значительный шанс прожить жизнь, свободную от болезни. Таким образом, старый пессимистический взгляд заменяется явно оптимистичным.

При психических расстройствах, которые, несомненно, связаны с органическим заболеванием центральной нервной системы, наследственность, несомненно, играет большую роль. Но в этой связи следует помнить о двух моментах. Во-первых, среди пациентов психиатрической лечебницы количество психических расстройств, которые *посмертно* не могут быть отнесены к органическим причинам, очень велико по сравнению с теми, которые могут быть таким образом связаны. Например, из 1325 пациентов, поступивших в Центральную лечебницу Бургхольци и университетскую психиатрическую клинику Цюриха, доктор К. Г. Юнг утверждает:—

“... в круглых цифрах у четверти наших душевнобольных пациентов более или менее отчетливо проявляются обширные изменения и разрушение мозга, в то время как у трех четвертей мозг, по-видимому, в целом не поврежден или, в лучшем случае, демонстрирует такие изменения, которые не дают объяснения психологическому расстройству.... Мы должны учитывать тот факт, что те психические заболевания, которые проявляются наиболее выраженными нарушениями в работе мозга, заканчиваются смертью; по этой причине хронические заключенные приюта составляют его реальное население, и среди них примерно 70-80 процентов. о случаях *гравес* слабоумия, то есть о пациентах, у которых анатомические изменения практически отсутствуют”.[57]

При большом количестве психических расстройств наши нынешние знания анатомии, физиологии и патологии мало помогают пролить какой-либо свет на состояние пациента. Ни в коем случае не пытаясь принизить великолепную работу по этим предметам за прошедшее столетие, следует отметить, что сам ее успех вызвал, особенно в этой стране, прискорбную тенденцию рассматривать эти методы как единственно подходящие для решения проблем безумия. Но нет ничего более определенного, чем то, что при психоневрозах: истерии, неврастении, психастении и остальных анатомо-физиологические знания еще не вышли за пределы теоретической стадии[58]. Но столь же бесспорно — и статистика случаев контузии подтверждает это утверждение, - что психологический метод нападения, лечение психических расстройств ментальными средствами, в настоящее время прочно утвердился в качестве практического метода.

Таким образом, представляется, что именно в тех случаях психоневроза, которые поддаются психотерапевтическому лечению, нет анатомических, патологических или химических свидетельств наследования.

Но в то время как вклад анатомии, физиологии и патологии в лечение психоневрозов еще не вышел за рамки теоретических и взаимоисключающих предположений, психологический метод исследования и лечения, с другой стороны, доказал свою практическую полезность в восстановлении пациентов до нормального состояния психического здоровья. Таким образом, какое научное обоснование мы имеем при рассмотрении действия наследственности для объединения органических и функциональных психических расстройств? Психоневроз часто является просто прогрессирующим состоянием неправильной адаптации к окружающей среде; психическим отклонением, которое может быть исправлено при надлежащем лечении на достаточно ранней стадии. Его специфическая природа часто почти полностью объясняется в терминах специфических образовательных, семейных или социальных отношений в окружении пациента. Война показала нам один неоспоримый факт: психоневроз может развиваться практически у любого, если только его окружение сделать достаточно “трудным” для него.^[59] Это предупредило нас, что пессимистическая, беспомощная апелляция к наследственности, столь распространенная в случае безумия, должна пройти тот же путь, что и ее мрачный аналог, который раньше применялся в случае туберкулеза. В причинно-следственной связи психоневрозов наследственность, несомненно, имеет значение, но социальное и материальное окружение имеют бесконечно большее значение.

Некоторым читателям приведенный выше аргумент может показаться настолько очевидным, что он будет излишним. Приписывать запутанное душевное состояние пациента наследственности, не пытаясь выяснить, в какой степени его собственный личный опыт имел тенденцию вызывать это психическое состояние, казалось бы столь же бессмысленным, как приписывать наследственности финансовые затруднения сына, унаследовавшего от своего отца-предпринимателя плохо управляемое поместье. Торговый консультант, призванный на помощь, может на мгновение задуматься о том, что сын, возможно, унаследовал непрактичный характер своего отца, но, несомненно, его первыми серьезными усилиями было бы выяснить, где методы ведения бизнеса были неправильными или устаревшими, и улучшить их. Так же обстоит дело и с психически больным; его собственная история является важным желательным моментом. История его родителей может пролить ценный свет на его проблемы, но даже в этом случае часто это происходит только потому, что их собственные трудности способствовали формированию его окружения.

Одним из самых опасных и вводящих в заблуждение терминов в нашем языке является слово “невропатический”, поскольку оно предназначено для обозначения стольких вещей, что в конечном итоге ничего не значит. Этимологически это должно означать “пораженный болезнью нервов” - понятие, точность которого мы обсудим ниже. И все же по возвращении с фронта пациентов, перенесших “шок”, сначала можно было услышать мнение, что это были случаи “невропатичных” мужчин: что солдаты, перенесшие шок, были слабаками или происходили от психически больных или нервных родителей. Конечно, бесспорно, что в большой армии должно быть много солдат с запятой семейной историей; и, вероятно, столь же несомненно, что такие факторы играют некоторую роль в определении большей восприимчивости определенных людей к шоку. Но было бы грубым искажением фактов называть всех солдат, страдающих психическими расстройствами, слабаками. Самый сильный

человек при воздействии достаточно интенсивных и частых раздражителей может стать подвержен психическому расстройству. Довольно часто среди пациентов, страдающих от шока, встречаются старшие унтер-офицеры, которые прослужили в армии пятнадцать или двадцать лет (большая часть этого времени была проведена на дипломатической службе в тяжелых обстоятельствах, таких, например, как война в Южной Африке) и выдержали это серьезное напряжение. Таких мужчин вряд ли можно назвать слабаками или “невропатами”.

Даже в тех случаях, когда имеется определенный анамнез невротичного родителя, было бы ошибкой поспешно заключать, что, когда сын такого мужчины или женщины становится жертвой контузии, это происходит из-за наследственности. Ибо, когда получают подробную историю болезни таких пациентов, совершенно ясно становится тот факт, что социальных беспорядков в семье такого нервного человека может быть вполне достаточно, чтобы нанести тяжелые психические травмы маленьким детям.

Далее, во многих случаях сами истории болезни ясно и определенно раскрывают реальную этиологию психического состояния и указывают на эмоциональные расстройства у детей из-за жестокости пьяных родителей, мучительного чувства несправедливости, ужасающего опыта, который мог быть несчастным случаем или преднамеренным жестоким обращением со стороны какого-либо человека, или, опять же, на ужасные условия, созданные в некоторых из этих домов нервными и раздражительными родителями, как на реальную травму, пробуждению которой послужил “шок”.

Но когда мы спрашиваем, какое заболевание нервов или, более строго, нервной системы подразумевается под словом “невропатический”, мы не находим удовлетворительного ответа. Безусловно, ни одно заболевание не рассматривается как причинный фактор. И список теорий огромен. Нарушения половой, сосудодвигательной или пищеварительной систем, деминерализация, химические нарушения питания печеночного или холестатического происхождения, висцеральный птоз, мозжечковые нарушения, заболевания щитовидной железы, комплексные нарушения функционирования кровеносных сосудов, интоксикация, истощение^[60]: вот некоторые из многочисленных теоретических предположений, предложенных для объяснения только неврастения. Предполагается, что несчастный невропат страдает одним из них или всеми сразу, - это вопрос, который мы, конечно, не можем решить, поскольку теории исходят из множества различных источников.

Но в этой связи мы не должны упускать из виду еще один важный факт. Психические проблемы невропата или, по крайней мере, те, от которых он ищет облегчения у врача, ни в коем случае не витают в облаках теории. Они достаточно реальны, и, как правило, не только для пациента, но и для его родственников и друзей, с которыми ему трудно жить в дружбе. Эти неприятности основаны на страхе, тревоге, гневе и чрезмерном любопытстве относительно вопросов, о которых нормальный человек не стал бы забивать себе голову. Они находят выражение во вспышках драчливости или необычного самоутверждения с присущими им эмоциями восторга, за которыми часто следуют самоуничтожение и подчинение, чрезмерные желания либо побыть в одиночестве, либо никогда не оставаться в одиночестве, приливы нежных эмоций, возможно, следующие по пятам за настроением вопиющего самоутверждения без оглядки на чувства других. Эти относительно простые психические процессы, происходящие иногда в сравнительной изоляции, иногда неразрывно смешанные или калейдоскопически преходящие,

являются настоящими признаками так называемого невропата или невротика. К этому могут добавляться телесные проблемы, и часто так и есть. Но поскольку каждый врач знает себе цену (а иногда и пациенту), и поскольку целители верой знают свою выгоду, невротические страдальцы обычно преувеличивают эти телесные заболевания и часто оказывается, что они имеют лишь незначительную материальную основу. Другими словами, настоящие признаки "невротика" носят ментальный характер.[61] И не нужно быть техническим психологом, чтобы увидеть, что приведенный выше список - не что иное, как перечисление инстинктов и эмоций, которыми обладают все люди.[62]

Тогда, если невропат просто проявляет инстинкты, общие для всего человечества, в чем разница между ним и нормальным человеком? Разница психологически незначительная, социологически огромная. В то время как его нормальный брат инстинктивно и эмоционально реагирует на свое физическое и социальное окружение таким образом и в такой степени, чтобы способствовать своему собственному благополучию и благополучию других, невропат этого не делает. Никто не называет горожанина невропатом, который, прежде чем перейти улицу, ждет на тротуаре, пока поток машин не поредеет. Если бы он не подождал, мы скорее назвали бы его дураком. Но инстинкт страха в значительной степени лежит в основе его так называемой разумной осторожности — особенно если он когда-либо был свидетелем печального уличного происшествия. Но что мы скажем о человеке, который все ждет и ждет, пока, наконец, не станет слишком напуган, чтобы двигаться дальше, и в конце концов прокрадется в другое место, чтобы безопасно перейти дорогу? Его, скорее всего, назовут невропатом. Или что мы скажем о несчастном человеке, чья осторожность зашла так далеко, что он не может пересечь *любое* открытое пространство и, как говорят, страдает агорафобией?

Или снова возьмем случай с человеком, чья личность, семья или страна подверглись грубому и публичному оскорблению. Если он нападает на агрессора, называем ли мы его невропатом? Но мы редко колеблясь применяем этот термин к человеку, который чрезмерно обидчив, всегда настороже в поисках малейшего подозрения в оскорблении по отношению к себе или чему-либо даже отдаленно связанному с ним. Эмоция страха лежит в основе как осторожности, так и "испуга", гнева, праведного негодования стойких людей и ворчливой раздражительности неврастеников. Разница между поведением нормального человека и невропата заключается, прежде всего, в обстоятельствах, которые вызывают у них эмоцию, и, во-вторых, в силе и продолжительности самой эмоции.

Мы должны также помнить, что многие разновидности животных демонстрируют описанный нами тип поведения и считают столь необычным, если не совершенно эксцентричным, наших друзей. Профессор Уильям Джеймс напоминает нам о хронической агорафобии наших домашних кошек; и у укротителя диких животных есть веские причины уважать непрекращающуюся обидчивость некоторых видов рода *Felis*. Ссылаемся ли мы на теории висцерального опущения, интоксикации и прочего, чтобы объяснить поведение среднестатистической кошки или мула? Вряд ли. Мы говорим, что этими животными движет инстинкт. Из-за нашего высокомерия нам трудно предположить, что наши страдающие братья-люди тоже действуют инстинктивно. И все же это, несомненно, так.

О неврастенике было справедливо сказано, что он ведет себя как ребенок. Но если ребенок, до определенного дня ведущий себя нормально, внезапно проявляет страх остаться на мгновение одному в комнате с закрытыми дверями или на улице, бросаемся ли мы к нашим "Лидделлу и

Скотту” и сразу же начинаем лепетать о клаустрофобии или агорафобии?[63] Развиваем ли мы это, торжественно ссылаясь на сложные физико-химические теории, касающиеся состояния его крови или других жидкостей организма? Наконец, клеймим ли мы его как “сумасшедшего” или, по крайней мере, “невропата”? Что мы делаем в этом случае, если у нас есть хоть капля здравого смысла, так это тщательно исследуем причины эмоциональной вспышки. Мы стараемся с сочувствием понять и перевоспитать ребенка, чтобы он встречал такие ситуации без страха. Другими словами, мы используем метод, в точности аналогичный тому, который оказывается столь полезным при лечении психоневрозов.

Аналогия — если это, возможно, аналогия, а не тождество — между этими двумя случаями идет еще дальше. Ребенок, проявляющий крайний страх по “неадекватным” причинам, таким, как мы описали, нередко причиняет мучения своей матери — возможно, вскоре после своей вспышки испуга — проявлением безрассудства, которое, если бы мы не знали о предыдущем признаке слабости, заставило бы кого-то считать его бесстрашным. Короче говоря, детский страх ограничен одной или двумя особыми ситуациями. Так бывает со многими неврастениками. Некоторые, например, могут проезжать сквозь пробки в скоростном автомобиле, не испытывая ни малейшего страха, хотя и не могут заставить себя сесть в обычный медленный пригородный поезд; другие могут удивить нас не только проявлением гнева по поводу того, что мы должны считать абсурдно незначительной провокацией, но и своей терпимостью и самообладанием в других (для нас) гораздо более раздражающих ситуациях. Их чрезмерные эмоциональные реакции вызываются не общими, а специфическими стимулами; и немного такта, проникательности и терпения со стороны врача часто выявляют в их прошлом опыте психологические факторы, которые объясняют огромную личную важность и перевес этих стимулов. Если для невропатического мы напишем: “чрезмерно стесненный инстинктом и эмоциями” — и это все, что мы имеем право делать[64] — мы представим дело более правдиво.

Среди мирян до войны оправдание инертного отношения к лечению психических расстройств (особенно психоневрозов) часто основывалось на двух утверждениях. Первая заключалась в том, что многие из описанных феноменов не были реальными, а были плодом воображения истеричных женщин. Если на это возражали, что люди не застрахованы от истерии[65], на это отвечали: “Но они “невропаты”.” Однако эта война лишила умы честных людей возможности рассматривать эти явления в таком бесстыдно ненаучном свете. В военных госпиталях были сотни пациентов, страдающих психоневрозами, которые явно не являются ни женщинами, ни невропатами ни в одном из законных значений этих терминов. И многие из этих мужчин сильно страдали. Их страхи и другие эмоциональные проблемы таковы, что они обычно скрывают их как можно дольше, пока дальнейшее терпение не станет невыносимым. Их проблемы достаточно реальны для них. “Но они неразумны”, - может возразить здоровый обыватель. Некоторые (ни в коем случае не все) страхи *are* необоснованны, если под этим понимать, что реальная опасность (как ее оценивает здоровый человек) и эмоции, которые она вызывает у пациента, совершенно несоразмерны. Но кто из нас “оценил” жизненные опасности настолько точно, что может сказать, что знает точную степень страха, которую каждый из них *должен* вызывать?

В некоторых деревнях жители сегодня больше боятся присутствия в своих домах павлиньих перьев или цветов боярышника, чем скарлатины. Их опасения необоснованны. Но мы не называем этих людей неврастениками. На самом деле, неврастения - одна из последних болезней, которые могут поразить этих сельских жителей. Если они назовут какую-либо причину

для своего страха, можно с уверенностью утверждать, что это будет рационализация, поскольку ее истинные источники скрыты от них. И если мы действительно хотим выяснить причину их страха, мы обращаемся за помощью к записям фольклора и этнологии. Другими словами, мы исследуем историю этого страха. Эта история может насчитывать много веков, и процесс восстановления ее по ряду улик окажется задачей бесконечно увлекательной. История страха неврастеника также доступна и гораздо легче, поскольку относится к гораздо более недавнему времени. Его открытие часто означает освобождение разума от мучений, возвращение полезного члена общества, и обогащение науки, благодаря которому могут стать возможными другие подобные освобождения. Но как мало исследователей до сих пор было привлечено этой огромной, еще не заполненной областью знаний!

Однако наш обыватель, соглашаясь с этим, может изменить свою позицию и часто меняет ее. Он может добавить: “Когда я сказал, что феномены нереальны, я скорее имел в виду боли и параличи, от которых страдают истерики и неврастеники — или говорят, что они страдают”. На это мы можем ответить словами доктора Первса Стюарта:

“... мы должны признать, что неврозы - это реальные болезни, такие же реальные, как оспа или рак. Необходимо проводить четкое различие между пациентом с истерикой или неврастенией и человеком, который намеренно притворяется Истеричный или неврастенический пациент обычно ничего не знает о заболевании, которое он или она может бессознательно симулировать. Различные параличи и боли, от которых страдают истерики и неврастеники, так же реальны для пациента, как если бы они были вызваны грубым органическим заболеванием”.[66]

Существует точка зрения, которая, будучи в высшей степени полезной и разумной в той мере, в какой она касается только неврологии, способна, в силу этих положительных качеств, затормозить прогресс психического лечения неврозов. Поскольку это имеет тенденцию сосредоточивать внимание медицинского мира только на их физической основе. Такую точку зрения выражает доктор Первс Стюарт в руководстве, которое мы только что процитировали. В своей главе о неврозах он говорит:

“Старое определение невроза как нервного заболевания, лишенного анатомических изменений, неадекватно. *Болезнь немыслима без какой-либо скрытой физической основы.* [67] Поражение не обязательно должно быть видно микроскопически: оно может быть молекулярным или биохимическим”.[68]

Теперь, с чисто материальной точки зрения, такое утверждение выше всяких похвал. Но по мере размышления над этим абзацем, и особенно над утверждением: “Болезнь немыслима без какой—либо лежащей в основе физической основы”, возникают некоторые важные размышления - применительно, например, к неврастению. Каковы важные признаки заболевания у неврастеника или какие необычные явления заставляют его обратиться к врачу? Главным образом, как мы видели на стр. 91, чрезмерное преобладание в его ментальных событиях инстинктов и эмоций. Но мы не можем сказать, что это само по себе является признаком болезни. В противном случае мы придем к парадоксальному выводу, что дикие животные, дикари и дети составляют класс больных *по преимуществу*.

Поведение неврастеника отличается от поведения нормального человека только по степени, и некоторые здравомыслящие люди могут без колебаний рассматриваться одним классом общества как неврастеничные, а другим - как нормальные.^[69]

Более того, совершенно ясно, что если мы примем любой из обычных взглядов на связь между телом и разумом, то не только болезнь, но и здоровье “немыслимо без какой-либо лежащей в основе физической основы”. Однако о молекулярных или биохимических аспектах этой основы мы не знаем практически ничего, что помогло бы нам понять даже обычные психические явления. Поэтому, когда нормальная, физически здоровая мать разражается слезами радости по возвращении своего сына с фронта, не может уснуть, когда знает, что он в окопах, забывает некоторые из своих повседневных обязанностей, постоянно думая о нем, находится “на взводе” и раздражительна, когда не получает письма из Франции, — хотя мы можем с полным основанием полагать, что в основе ее поведения лежат молекулярные или биохимические нервные изменения, нам и в голову не приходит ссылаться на это как на объяснение ее состояния, поскольку о них мы мало что знаем. Мы также не называем ее неврастеничкой. Мы понимаем ее состояние в том смысле, что правильно относим его к действию инстинкта и эмоций. Его причина нам ясна, и если мы попытаемся вылечить его, мы должны заранее знать, что лучшим лекарством будет восстановление ее любимого человека, следующая по значимости сочувственная помощь в преодолении ее тревог, устранение необоснованных страхов и формирование более безмятежного взгляда на будущее. Другими словами, диагноз, выявление причин и лечение были бы полностью ментальными, без какой-либо ссылки на физическую основу, существование которой мы, очевидно, не должны отрицать. Точно так же, если человек обеспокоен большим моральным конфликтом, который вызывает у него бессонницу, раздражительность, рассеянность и все остальное, физическая основа его эмоционального состояния может быть подвергнута “материальному” лечению. Его бессонница может быть уменьшена бромидом, раздражительность и депрессия - алкоголем; но кто, если бы он знал о великом психическом конфликте, осмелился бы просто прописать их?

И в этом, в случае многих психоневрозов, заключается суть всего дела. Корень проблемы - психический конфликт, полные детали которого редко можно найти на поверхности комплекса симптомов. Смягчать их один за другим часто означает провоцировать новые. Конфликт иногда ясно осознается пациентом, но даже в этом случае он часто ревниво оберегается от всех остальных. Однако иногда он не осознается четко во всех деталях даже им самим. Это особенно актуально, если, как это часто бывает, он по привычке избегает мыслей об этом. Столкнувшись с неспособностью приспособиться к обстоятельствам, он инстинктивно возвращается к более детскому способу реагирования на ситуацию — отсюда слезы, раздражительность, рассеянность ума и прочее. Это явление, повторяем, не ново. Мы все признаем его существование, когда говорим, что “нервный пациент ведет себя по-детски”, хотя, возможно, мы не осознаем, какую истинную концепцию вопроса мы выражаем.

Подводя итог, можно сказать, что, хотя бесспорно, что психоневрозы, как и все психические явления, имеют материальную основу, мы должны четко различать факты и теорию в наших существующих знаниях. Каждый врач, естественно, будет стремиться как можно полнее использовать свои знания для укрепления физического здоровья неврастеника. Но сидеть, сложив руки, и ждать прогресса в наших знаниях микроскопической анатомии, физиологии или биохимии было бы бессмысленно, когда существуют другие, более прямые средства лечения многочисленных и часто жалких случаев, которые срочно требуют излечения. Точка зрения о

том, что “болезнь, как и здоровье, немыслима без некоторой лежащей в основе физической основы”, здрава и полезна, но нельзя допустить, чтобы мы закрывали глаза на жизненно важное значение психического фактора и соответствующую ему важность в диагностике и лечении “функциональных” заболеваний.

Неоспоримым фактом является то, что многие современные врачи склонны концентрировать свое внимание почти исключительно на телесных заболеваниях своих пациентов. И все же большинство врачей, особенно тех, кто в общей практике близко знаком со своими пациентами, с готовностью, даже с нетерпением, признают, что немалое количество заболеваний, попадающих в поле их зрения, серьезно осложнены психическими факторами, если не доминируют над ними. Возьмем простой и очевидный пример: бессонница может быть вызвана тревожными психическими конфликтами так же часто, как и физическими заболеваниями. Однако врач, даже если он подозревает об этом факте, часто не решается действовать дальше в свете таких знаний.

Для этого есть несколько причин. Во-первых, его трудный, длительный и дорогостоящий медицинский курс, как правило, никогда не достаивал его пятиминутной специальной подготовки относительно разнообразных способов, с помощью которых человеческая природа может преуспеть или потерпеть неудачу в адаптации к сложной окружающей среде, которую мы называем цивилизацией. Любая мудрость такого рода, которую он усвоил, обусловлена его собственным интересом и проницательностью в социальных вопросах. Вклад университета в его психологические познания обычно заключается в том, что он показывает несколько сравнительно безнадежных карикатур на менталитет во время своей короткой серии визитов в психиатрическую лечебницу.[70] Это все равно, как если бы кто-то попытался преподавать электротехнику с помощью нескольких выставок сломанных динамо-машин, навигацию - с помощью полудюжины беглых осмотров затонувших судов, финансы - с помощью короткой серии визитов в суды по делам о банкротстве.

Результат этой странной концепции медицинского образования различается в зависимости от ментального склада конкретного врача. Есть много людей, чья проницательность и сочувствие позволяют им успешно проникнуть на некоторое расстояние в киммерийскую тьму психических расстройств пациента. Но верим ли мы, что одного понимания и сочувствия достаточно для успешной диагностики расстройства или болезни сердца или легких? Психическое расстройство более тонкое и разнообразное, чем эти, но, подобно им, оно протекает по определенным линиям в определенных ситуациях и поддается описанию даже таким, какие они есть. Поэтому даже талантливому врачу недостаточно полностью полагаться на свои природные способности. Но в какой другой области науки ему пришло бы это в голову?

Но не все врачи относятся к тому типу, который мы описали. Существует много превосходных практиков, темперамент которых так устроен, что им никогда не пришли бы в голову эти самостоятельные экскурсии в исследование психических расстройств. Преимущественно объективно мыслящие,[71] “без нервов в теле”, спокойные и уверенные в себе, практичные и быстро применяющие свои знания в физической сфере, они не имеют естественной склонности к изучению таких расстройств, о которых мы упоминали; и их учителя слишком редко делали что-либо, чтобы дополнить исключительно материалистические исследования[72] их медицинского курса. Когда, что нередко случается, он сталкивается со случаем истерии или

неврастении, такой практикующий склонен рассматривать болезнь, если она не поддается лечению отдыхом, переменами, лекарствами и диетой, массажем, электричеством и т.д., либо как “причудливую” и требующую открытой или завуалированной твердости,^[73] либо как начало прискорбного и серьезного приступа психического расстройства. К сожалению, число случаев, уступающих твердости, не слишком велико. Истеричный пациент тоже обладает собственной волей и часто доказывает этот факт приводящим в замешательство образом. Неврастеник, знаящий задолго до того, как врач скажет ему, что ему не следует беспокоиться, что он должен “взбодриться”, часто начинает резко критиковать своего врача, и его способность суждения становится еще острее из-за того, что он часто обращает внимание на его собственные недостатки. Не то чтобы ему не следовало беспокоиться, но *почему и как* ему не следует беспокоиться - вот что он хочет знать.

Эта критика бесцеремонного, жизнерадостного подхода, с которым такой врач может лечить психические расстройства, не должна быть односторонней или несправедливой. Для некоторых пациентов лечение “стойкостью” является правильным; другие могут быть настолько впечатлены жизнерадостным характером врача, что выздоравливают. Но можно с уверенностью сказать, что это редко бывают серьезные случаи. К умному, высоконравственному, перегруженному работой бизнесмену нельзя относиться так же, как к светской даме, страдающей от недостатка честного труда, - и никто не знает этого лучше, чем пациент.

Такой объективный подход к случаям неврастении легко приводит, с одной стороны, к тому, что врач недооценивает их важность (например, когда он ожидает “стойкого” лечения), а с другой, когда они оказываются неуязвимыми для подобных приступов, заставляет его преувеличивать серьезность. Ибо, может быть, он рассуждает сам с собой, если они таким образом неизлечимы, то какое будущее ждет пациентов, кроме постоянной эксцентричности или даже безумия? Только более глубокое знание предмета может спасти его от этого сверхсильного колебания от необоснованного оптимизма к столь же необоснованному пессимизму.

Мы отметили два распространенных препятствия, которые встают на пути врача, стремящегося лечить психические расстройства: его собственный недостаток подготовки и, во многих случаях, его темпераментная склонность искать исключительно видимые и осязаемые материальные свидетельства болезни. Более того, в настоящее время существует еще одно серьезное препятствие, заключающееся в широко распространенной социальной условности. Это неписаный закон, который предписывает человеку скрывать любые проблемы психического характера не только от своих друзей, но даже от своего врача, хотя он может говорить о своих физических недостатках всем подряд с беззастенчивой откровенностью. На эту тему можно было бы написать многое, но непоследовательность нынешнего отношения была высмеяна Сэмюэлем Батлером с неподражаемым остроумием и юмором.

Его причудливая фантазия создала цивилизованную страну, в которой этой конвенции не существует; в которой, фактически, господствует противоположная вера. В этой стране, в то время как телесные недуги человека считаются позором и не подлежат упоминанию, его психические проблемы рассматриваются у нас как физическая болезнь. Название этой страны - *Эрефон*. Нам говорят, что в *Эрефоне* физическое заболевание не только считается постыдным, но и карается тюремным заключением. С другой стороны, психические расстройства, даже

раздражительность или дурной характер, рассматриваются как болезни, требующие внимания врачей, известных как “выпрямители”. И последствия этого таковы, что мужчина будет скрывать наличие несварения желудка, выдавая, что его лечат от дипсомании, в то время как в ответ на вопросы о его общем состоянии другой человек совершенно свободно и правдиво скажет, что он страдает раздражительностью. Мы в Англии, говорит исследователь,

“никогда не уклоняйтесь от того, чтобы рассказать врачу, что с нами не так, просто из страха, что он причинит нам боль. Мы позволяем ему делать с нами самое худшее и переносим это безропотно, потому что нас не обвиняют в том, что мы больны, и потому что мы знаем, что врач делает все возможное, чтобы вылечить нас, и что он может судить о нашем случае лучше, чем мы сами; но мы скрывали бы все болезни, если бы с нами обращались так, как обращаются с эревонцами, когда у них что-то не в порядке; мы должны поступать так же, как с моральными и интеллектуальными заболеваниями - мы должны симулировать здоровье с самым совершенным искусством, пока нас не разоблачат ...”

Эта условность неизбежно влияет на отношение “выпрямителя” к своим пациентам, как нам сообщает путешественник в описании беседы его хозяина с эревонским врачом: —

Я был поражен деликатностью, с которой он избегал даже малейшего намека на расспросы о физическом самочувствии своего пациента, хотя в глазах моего хозяина была определенная желтизна, свидетельствующая о склонности организма к желчнотке. Обратить на это внимание было бы грубым нарушением профессиональной этики. Однако мне сказали, что выпрямитель иногда считает правильным рассмотреть возможность какого-нибудь незначительного физического расстройства, если он считает это важным для постановки диагноза; но ответы, которые он получает, как правило, неверны или уклончивы, и он, насколько может, делает свои собственные выводы по этому вопросу. Известно, что здравомыслящие люди говорят, что выпрямителю следует строго конфиденциально сообщать обо всех физических недугах, которые могут иметь отношение к данному случаю, но люди, естественно, стесняются этого делать, поскольку им не нравится опускаться в мнение выпрямителя, а его невежество в медицинской науке является крайним. Я действительно слышал об одной даме, у которой хватило смелости признаться, что яростная вспышка дурного настроения и экстравагантных фантазий, с которыми она обращалась за советом, возможно, была результатом недомогания. ‘Вы должны воспротивиться этому,’ сказал врач добрым, но серьезным голосом. ‘Мы ничего не можем сделать для тел наших пациентов; подобные вопросы вне нашей компетенции, и я не желаю слышать дальнейших подробностей’. Леди разрыдалась и искренне пообещала, что ей больше никогда не будет плохо”.

СНОСКИ:

[50] Харт, указ. соч., стр. 7.

[51] Ср. Заявление доктора Бедфорда Пирса (указ. соч., стр. 43): “Я встречал уравновешенных людей, которых невозможно убедить войти на территорию убежища. Нередко используются всевозможные предлоги, чтобы уклониться от обязанности навещать родственника,

находящегося под опекой, и опасность пренебрежения настолько реальна, что государство постановило, что ни один ордер на прием не может быть выдан без обязательства посещать пациента по крайней мере каждые шесть месяцев”.

[52] стр. 5. Курсив наш.

[53] стр. 77 и 78.

[54] На протяжении всего обсуждения мы имеем в виду не более богатых членов общества, для которых относительно дорогой отпуск или период, проведенный в доме престарелых, легко возможен, а подавляющее большинство населения, для которого даже обычный счет от врача может стать источником финансовых затруднений на месяцы или годы.

[55] Р. Г. Роуз, Журнал психических наук, январь 1912г.

[56] стр. 77 и 78.

[57] Аналитическая психология, Лондон, 1916, стр. 318.

[58] “Все согласны, - говорят Дежерин и Геклер (указ. соч., стр. 214f), - что неврастения - это невроз, т.е. нервное заболевание без каких-либо известных поражений.... Неврастения полностью обусловлена психологическими факторами, которые по существу, если не исключительно, определяются эмоциями”. Затем они переходят к сравнению “материалистических” теорий неврастении, показывая, что все они по-прежнему являются лишь умозрительными.

[59] Ср. стр. 19 и далее.

[60] Ср. Дежерин и Геклер, указ. соч., стр. 214f.

[61] Как говорит профессор Крепелин, “Nervenkranker sind Geisteskranker” (“Те, кто ”страдает от нервов”, больны духом”).

[62] Читателю следует ознакомиться с превосходной трактовкой этого предмета г—ном У. Макдугаллом в его “Введении в социальную психологию”, особенно со стр. 45-89.

[63] В этой связи можно обратиться к замечаниям мистера Джорджа Бернарда Шоу о “Дегенерации” Макса Нордау (“Здравомыслие искусства”, особенно стр. 88).

[64] Cf. E. Régis, “Les Troubles Psychiques et Neuro-Psychiques de la Guerre,” Presse Médicale, 23, p. 177, May 27th, 1915.

[65] Этот термин происходит от греческого слова, обозначающего матку. Когда-то считалось, что истерия возникает из-за блужданий матки по телу. Этот термин вполне заслуживает своего места рядом с другим украшением психологической медицины — словом “безумие”.

[66] Диагностика нервных заболеваний, 3-е издание, Лондон, 1911, стр. 355.

[67] Курсив наш.

[68] с. 355.

[69] Это неоднократно наблюдалось при обращении с относительно необразованными солдатами, которые стали слегка неврастеничными в результате войны, особенно с теми, чья жизнь прошла за физическим трудом на открытом воздухе или в строгом и здоровом распорядке дня регулярной армии. Они жаловались на эмоциональную раздражительность, незначительные провалы в памяти, такие как забывание относительно неважных имен или поручений, нарушенный сон, вскоре “пресытившись” своими развлечениями (*например,, “джиг-пилами” или бильярдом в течение нескольких часов каждый день, месяц за месяцем в переоборудованной классной комнате или пристройке!*). Эти явления не только беспокоили их, но и в очень многих случаях, казалось, доказывали этим несчастным людям, что они безумны или быстро становятся таковыми. Они с тревогой задавали бы такие вопросы, как: “Что заставляет меня так раздражаться из-за легкого шума или из-за того, что другой пациент прикасается ко мне? Раньше я таким не был”. Их поведение также было расценено их товарищами как необычное. Разве глава коммерческой фирмы, перегруженный работой врач, университетский профессор или армейский офицер, занимающий ответственный пост, не мог бы с уверенностью ожидать, что ему будет позволено *по должности* определенное количество подобных эксцентричностей без того, чтобы его называли “больным”? Но позвольте ему отказаться от привилегий и крова, положенных его званию, пожить несколько недель рядовым в казарме с несколькими энергичными и совершенно здоровыми солдатами, и они, несомненно, сочтут его поведение странным, если не хуже.

[70] Срочно необходима реформа такого положения дел. Этот вопрос имеет такое фундаментальное и далеко идущее значение, что мы посвятили часть следующей главы дальнейшему рассмотрению его последствий.

[71] “Твердолобые”, “торгаши материей”, как называли этот тип современные писатели, противопоставляя его “мягкосердечным”, “торгашам разума”.

[72] Об одном блестящем преподавателе физиологии, который сам очень интересовался науками, смежными с его собственным предметом, рассказывали, что, когда в лекциях о функциях нервной системы человека он подходил к трудным проблемам, он обычно говорил: “Но это дело психолога”. После чего класс вздохнул с облегчением и приготовился делать заметки по следующему предмету.

[73] “... сильные удары электрическим током, холодные обливания и другие благопристойные заменители крепкого розжига”. У. МакДугалл, Психология, Лондон, 1912.

ГЛАВА V. Некоторые уроки войны.

Делаем ли мы, как нация, все, что должны, для душевнобольных? Именно на этот вопрос — не менее актуальный и важный сейчас, чем столетие назад, — мы обращаем серьезное внимание читателя.

Нет ничего нового в признании непосредственной важности его надлежащего рассмотрения, честного рассмотрения нынешних условий и срочности такой реформы, которая приведет к

утвердительному ответу на наш вопрос. Это уже было предметом значительного обсуждения в недавней медицинской литературе, и в медицинской прессе были предприняты многочисленные усилия, чтобы привлечь к этому внимание широкой общественности. В июле 1914 года Медико-психологическая ассоциация Великобритании и Ирландии, орган, состоящий в основном из медицинских работников наших приютов, опубликовала отчет специального комитета, который был назначен в ноябре 1911 года для рассмотрения “статуса психиатрии как профессии в Великобритании и Ирландии и необходимых реформ в образовании и условиях службы младших медицинских работников”. К сожалению, в течение нескольких недель после его публикации начало войны помешало тому обсуждению вопроса, которое в противном случае, несомненно, последовало бы за публикацией столь важного заявления. Ибо в отчете подчеркивалось “отсутствие надлежащих условий для раннего лечения зарождающихся и неразвитых случаев психических расстройств”, отсутствие надлежащих “условий для изучения психиатрии и проведения научных исследований” и “неудовлетворительное положение младших медицинских работников” в службе убежища. Очевидно, что подчеркивание подобных моментов комитетом, полностью компетентным для вынесения суждения по подобным вопросам, вынуждает дать отрицательный ответ на наш наводящий вопрос. В докладе совершенно ясно говорится, что наша страна серьезно отстала от большинства цивилизованных стран в лечении психических заболеваний.

Однако все попытки провести важные и далеко идущие реформы были сорваны, по крайней мере в мирное время, странным состоянием безразличия и инертности, а также недостатком знаний. Таким образом, совсем недавно, 15 января 1916 г., Британский медицинский журнал опубликовал заявление “Единственная надежда на то, что наши нынешние знания о безумии позволяют нам надеяться на заметное уменьшение числа “первых приступов”, заключается в уменьшении обычного и продолжительного пьянства и в снижении заболеваемости сифилисом”.^[74] Это заявление было бы достаточно удивительным, если бы оно было сделано три года назад; но когда в больницах Европы зафиксированы тысячи “первых приступов” безумия, которые определенно не вызваны ни алкоголем, ни сифилисом, единственный вывод, который можно сделать, это то, что его автор, должно быть, спал с июля 1914 года или был настолько одержим навязчивой идеей, что не смог увидеть очевидных уроков войны. Сифилис, несомненно, несет ответственность за значительное число случаев безумия, и напиток может несколько^[75], но в начальной форме, психическое расстройство которых тревог и забот ведения войны, вызывающие должен впечатлить даже наименее продуманные члены сообщества с тем, что сходные причины действуют в мире, а также на войне, и несут ответственность за очень большую часть случаев помешательства. Но — и это еще более важно — именно эти случаи можно вылечить, если диагностировать их на ранних стадиях и лечить должным образом. Главная надежда на сокращение числа пациентов в приютах для душевнобольных заключается в признании этого факта и принятии мер в соответствии с ним путем создания учреждений, где такие зарождающиеся случаи психических расстройств можно лечить рационально и таким образом уберечь от участи отправки в сумасшедший дом. Мы можем отослать читателя к стр.82 и далее., на которой был дан краткий отчет об успехе этих реформ. Мы повторяем некоторые преимущества системы клиник — лечение пациента без необходимости обращения в обычные ассоциации приютов и, как следствие, социальной стигматизации; и значительное сокращение числа пациентов, нуждающихся в помещении в приюты, которое последовало после создания психиатрической клиники.

В этой стране непреодолимые препятствия на пути этой срочной реформы были воздвигнуты нашим отличительным национальным упрямством и нашей слепой приверженностью таким крылатым фразам, как “свобода субъекта”, ” даже когда это влечет за собой окончательное заключение пациента, чья свобода избежать лечения и сойти с ума ревностно защищается. Однако теперь стресс, вызванный войной, заставил нас взглянуть на ситуацию в другом свете. Нынешняя война, разрушившая так много иллюзий, сотворила много чудес в области медицины.

Рациональное и гуманное лечение ранних случаев психических расстройств в настоящее время основано именно на тех принципах, на которых так долго настаивали, но с таким небольшим успехом, более дальновидные представители медицинской профессии.[76]

Хорошим примером этой реформы является великолепная работа, проводимая в настоящее время в военных госпиталях Магалла, недалеко от Ливерпуля, для офицеров и рядовых, организованная и руководимая майором Р. Г. Роусом. Эти учреждения специально предназначены для лечения солдат, страдающих “шоком” и другими психозами. Уже достигнутый успех является достаточным доказательством огромной ценности этих специальных больниц для лечения нервных и психических расстройств на ранних стадиях.

Но для того, чтобы уроки войны были действительно полезными, эти методы должны применяться гораздо шире, *не только для наших солдат сейчас, но и для нашего гражданского населения на все времена*. Перед нами практический опыт тех стран, которые предприняли этот великий эксперимент в области профилактической медицины, но, помимо обнадеживающих результатов лечения в наших специальных военных госпиталях, его нынешнее положение в этой стране слишком точно описано в отчете, на который мы ссылались. За редкими исключениями [77] “тему (психических заболеваний) оставляют в суровом одиночестве”. [78] Наши авторы, пишущие в креслах, обращают свое внимание на более безопасные темы, такие как евгеника, например, и здесь они могут быть счастливы, чувствуя, что находятся на безопасной почве, потому что они осознают, что их сосед знает об этом немногим больше, чем они. Или они вдохновляют на отчеты, и я цитирую предложение из недавнего отчета в качестве контраста с обнадеживающим звучанием слова “выздоровливающий”. [79]

В газете Standard несколько дней назад (т.е. в 1914 году) была ссылка на отчет, опубликованный Советом Лондонского графства, в котором один абзац начинался с утверждения, ‘Однажды сумасшедший, всегда безумец’. Это послание, направленное в этой стране нашим страдальцам, послание столь же жестокое, сколь и неоправданное. И снова в “Стандарт” от 11 февраля 1913 года милосердия появилось заявление о том, что “опекуны Кэмберуэлла издали инструкции о том, что использование “ножных браслетов” на буйных сумасшедших в их учреждениях должно быть прекращено”.

В связи с изречением “Однажды сумасшедший всегда остается сумасшедшим” мы хотели бы привлечь внимание к другому утверждению в этом отчете. “Дело в том, что, *даже в нынешних условиях лечение затягивается примерно на 33 процента. число лиц, поступивших в приюты Англии и Уэльса, выписывается выздоровевшими*, демонстрирует, что чувства беспомощности и безнадежности, с которыми обычно относятся к таким заболеваниям, никоим образом не оправданы. Свидетельства многих авторитетных специалистов, имевших

практический опыт в отношении ценности лечения на начальных стадиях болезни, убедительно показывают, что оказание научной помощи на ранних стадиях психического расстройства спасло бы многих от такого полного срыва, который потребовал бы сертификации и направления в психиатрическую лечебницу. Во всех других отраслях медицины учреждения для лечения заболеваний на начальных стадиях признаны незаменимыми, и поэтому Комитет считает важным, чтобы, по крайней мере, в крупных населенных пунктах были предусмотрены средства для устранения существующей в настоящее время задержки в предоставлении адекватного лечения психических расстройств. Поэтому рекомендуется создавать психиатрические клиники”.[80]

Опять же, на Международном медицинском конгрессе в Лондоне в августе 1913 года важное обсуждение этих проблем было начато отчетом о психиатрической клинике Генри Фиппса, которая была основана в Балтиморе для лечения психических расстройств, а также для преподавания и исследований в этой области. В ходе обсуждения особый акцент был сделан на “необходимости обучения медиков и общественности тому, что многие психические расстройства абсолютно излечимы, что хорошая больница и научное лечение спасают многих, что сама экономика наших чудовищных учреждений представляет собой фиктивную экономику, оплачиваемую пациентами и их семьями, и что психиатрия должна выходить за рамки приютов”.[81]

Подчеркивалась также важность превращения этих больниц для ухода и лечения лиц, страдающих психическими заболеваниями, в центры научного образования и исследований, а также для разработки профилактических мер. Ибо, если студентам-медикам не будут предоставлены средства для изучения этих ранних случаев, нынешнее плачевное положение дел будет сохраняться вечно. Любая честная медицинская работа - это, по сути, исследование; поскольку каждый отдельный пациент представляет проблемы, требующие исследования; и должны быть предоставлены средства для проведения таких исследований в наиболее благоприятных условиях. Как хорошо сказал доктор Флекснер,[82] невозможно “развить два типа врачей: один для выяснения вещей, другой для применения того, что было установлено. Для применения того же вида интеллекта необходимы те же наблюдения, знания и способность рассуждать, что и для открытия эффективной терапевтической процедуры ”.

Это последнее соображение подводит нас к изучению другого мощного фактора в нынешней ситуации, а именно:—

Отношение медицинской профессии. Если вспомнить, что психические факторы играют важную роль в возникновении и продолжении не только очевидных психических расстройств, но и телесных проблем, и что, следовательно, успешная диагностика и лечение должны неизбежно учитывать эти факторы, может показаться удивительным, что медицинская профессия в целом так мало интересуется психологией и так мало знает о ней. Даже когда психологический аспект их проблем становится важнейшим элементом диагностики и лечения, подавляющее большинство практикующих врачей практически не проявляют склонности удовлетворять свое научное любопытство и пытаться понять состояние своих пациентов.

Но такое отношение становится более понятным и в определенной мере более простительным, когда мы обращаемся к курсам обучения, проводимым для студентов наших медицинских вузов. Какую подготовку в области психиатрии, не говоря уже о психологии и психопатологии, они получили в школах? Сколько часов было потрачено на лекции или демонстрации

психических заболеваний? И как была потрачена эта толика времени? Сколько часов посвящено фактическому *личному расследованию* пациентов, страдающих ранними психическими расстройствами? Все инструкции по этим вопросам, которые наши студенты получают в настоящее время в большинстве медицинских вузов, даются за несколько часов в течение одного семестра, когда они посещают лечебницу, где демонстрируются *запущенные* случаи психических заболеваний: “меланхолия”, “мания”, “слабоумие” и т.д.

Чтобы нас не обвинили в дикости заявлений, давайте еще раз процитируем отчет Медико-психологической ассоциации. (Курсив наш.):—

“... внимание, уделяемое психическим заболеваниям до получения квалификации, намного меньше, чем во многих других странах. Из-за отсутствия клиник студент-медик *не имеет возможности наблюдать пограничные или неразвитые случаи.*” (стр. 6.)

“Отсутствие учебных средств связано с недостаточными знаниями врача общей практики, который должен быть компетентен распознавать некоторые из самых ранних симптомов и, возможно, иметь с ними дело; *этому мы обязаны отсутствием реального оборудования у тех, кто поступает на службу по борьбе с неврозами.*” (стр. 21.)

В этой связи интересно процитировать сравнительно недавний отчет о медицинском образовании. Четыре года назад Фонд Карнеги по развитию преподавания опубликовал отчет “Медицинское образование в Европе”. Эта работа была замечательна как своей проницательностью и основательностью, так и откровенностью и беспристрастностью, с которыми ее автор, доктор Абрахам Флекснер, выразил мнения, сформировавшиеся у него после детального изучения медицинских школ этой страны и Континента. Этот ценный и важный документ был едва замечен медицинской прессой в этой стране. Но здесь не место для обсуждения психологии этого заговора молчания. Ибо это, конечно, не подразумевает каких-либо размышлений о беспристрастности или тщательности исследований доктора Флекснера; напротив, это молчаливая дань серьезности разоблачения слабостей наших медицинских школ. Но этот отчет также является ценнейшей оценкой силы наших методов медицинского образования. В нем представлен подробный анализ и сравнение методов преподавания клинической медицины в Великобритании и на Континенте. Краткое изложение четко определяет отличительные достоинства британской системы и имеет такое важное отношение к вопросам, которые мы рассматриваем в этой книге, что мы процитируем его наиболее важный параграф.

“Ограничения, которые препятствуют медицинскому образованию в Великобритании, теперь были откровенно разоблачены. Тем не менее, верно, что в отношении студента нигде больше в мире условия не являются столь благоприятными. В нашем обсуждении Германии мы отметили, что ее клиническое обучение было в подавляющем большинстве демонстративным; что студент *видел и слышал*, но почти никогда не *делал*. Клиническое образование в Англии полностью избежало этой расточительной ошибки. Оно в первую очередь практично. Это действительно огромная ошибка, заключающаяся в предположении, что более научный подход к проблемам болезней каким-то оккультным образом враждебен практичности; поскольку он протестует против принятия современных методов исследования, как будто практическое преподавание каким-то необъяснимым образом окажется при этом под угрозой. Как бы то ни было, англичане,

несомненно, правы, утверждая, что хорошее медицинское образование требует свободного контакта студента с реальными проявлениями болезни. Заслугой английского и, как мы также увидим, французского медицинского образования является то, что студент изучает принципы медицины одновременно с формированием подлинного чувственного опыта в палатах и что он овладевает искусством врачевания путем все более тесного и ответственного участия в работе врача и хирурга. Большим вкладом Англии и Франции в медицинское образование является их неоспоримая демонстрация всей осуществимости метода обучения, который навязывает сама цель”.[83]

Мы подробно процитировали это яркое и точное описание отличительной черты британских методов клинического обучения, чтобы подчеркнуть тот факт, что в преподавании психологической медицины британцы совершенно пренебрегают этим превосходным методом обучения, который доктор Флекснер считал столь замечательной чертой наших медицинских школ. Британский метод преподавания психологической медицины, насколько вообще преподается этот предмет,[84] заключается в демонстрации класса, но, как мы видели, избегание исключительной зависимости от этого метода является особенностью, с которой доктор Флекснер поздравляет британские школы. С другой стороны, хотя немцев критикуют за их приверженность классной демонстрации, следует помнить, что, хотя этот источник слабости проявляется в их студенческих классах, именно они, а не мы, в своих клиниках предоставляют аспирантам возможности для свободного контакта с пациентами на начальных стадиях психических заболеваний.

Поэтому мы пренебрегли применением в случае психических заболеваний тех самых методов, которые во всех других областях медицины оказались настолько успешными, что беспристрастный критик назвал их отличительным достоинством британского медицинского образования.

Мы вкратце указали, какой тип обучения психиатрии в настоящее время получают в наших медицинских школах. Его образовательная ценность, безусловно, очень мала; и — что еще хуже — он служит для того, чтобы дать будущему врачу безнадежный взгляд на безумие. Для обучения студентов природе туберкулеза и его лечению мы не отправляем их в какой-нибудь санаторий смотреть на пациентов, умирающих от этой болезни. Они лично обследуют пациентов на ранних стадиях и учатся распознавать более тонкие проявления начала туберкулезного приступа, когда есть некоторая надежда дать полезный совет и спасти больного. Почему с психическими заболеваниями нельзя бороться таким же образом? Почему нашим студентам в больницах общего профиля не может быть предоставлена возможность лично обследовать пациентов на начальных стадиях психических расстройств? Тогда они не только приобрели бы знание об истинной природе безумия, но и изучили бы в школе опыта индивидуальные различия, проявляющиеся в работе нормального разума, - урок, который был бы для них чрезвычайно ценным при обращении со *всеми* своими пациентами, независимо от того, являются ли их недуги телесными или психическими. Но вдобавок такое обучение внушило бы им, как ничто другое, жизненно важный факт, что психическое заболевание излечимо, а не является безнадежной проблемой, о которой, вероятно, свидетельствует зрелище нескольких пациентов психбольницы на поздних стадиях безумия.

Однако, даже если приюты предоставляют лучшие условия для надлежащего изучения психических заболеваний, чем, к сожалению, имеет место в большинстве учреждений этой

страны, они обычно находятся недостаточно близко к медицинским школам, чтобы позволить студенту должным образом приобретать свои знания, как он это делает с другими заболеваниями, путем частого и регулярного посещения в течение значительного периода времени. Кроме того, многие медицинские работники в наших приютах пока не обладают достаточными современными знаниями в области психиатрии, которые позволили бы им эффективно сотрудничать с медицинскими школами и преподавательским составом больниц общего профиля в достижении желаемой цели. Мы знаем, что есть некоторые исключения из этого общего утверждения, и, к счастью, их становится все больше. Но, рассматривая состояние дел в стране в целом, в отношении этого важного вопроса, можно только точно охарактеризовать его как плачевное. Это жесткие слова, и мы прекрасно понимаем, что их использование может подвергнуть нас обвинению в поверхностной, неосведомленной и даже злобной критике. Поэтому давайте обратимся к вызывающим удовлетворение откровенным заявлениям самих работников приюта, содержащимся в отчете, который мы процитировали.

“Тенденция рутины убивать энтузиазм и разрушать интересы к медицине.

Продвижение по службе медицинского работника настолько мало зависит от его знаний в области психиатрии, что по этой причине у него нет стимула посвятить себя серьезному изучению этого предмета. Его работа обычно начинается и заканчивается выполнением основных рутинных обязанностей, исключая тщательное клиническое и научное исследование.

Работа, порученная младшим медицинским работникам, в большинстве случаев монотонна, неинтересна и не несет должной ответственности. Тем, чей личный энтузиазм поддерживает в них желание расширять свои знания, редко предоставляются такие возможности, как учебный отпуск. Таким образом, существующая система приводит к снижению амбиций и постепенной потере интереса к научной медицине. Следовательно, это имеет тенденцию оказывать ухудшающее воздействие на тех, кто долго остается на службе”.[85] (стр. 8 и 9.)

Способы записи на прием.

“Назначения производятся комитетами непрофессионалов, которые, хотя обычно и принимают желаемое за действительное для назначения наилучшего кандидата, в большинстве случаев не консультируются с экспертами и не обладают достаточными знаниями о соответствующих факторах. Таким образом, результаты, как правило, носят случайный характер, часто зависят от влияния или личных соображений, поскольку они часто имеют мало отношения к фактическим требованиям и квалификации кандидата ”. (стр.7.)

Таким образом, мы заявляем, что наше выражение мнения является всего лишь пересказом авторизованного отчета. Изучение данной публикации в целом только углубит это впечатление у читателя.

В предыдущих параграфах мы указывали на жизненно важную важность исследований в связи с психическими заболеваниями. Любая должным образом проведенная клиническая работа носит характер оригинального исследования; и при обследовании пациентов, страдающих психическими расстройствами, это особенно актуально. Но огромный объем исследовательской работы должен быть проведен в должным образом оборудованных больницах и лабораториях, если мы хотим бороться с проблемами невменяемости так же эффективно, как мы научились лечить туберкулез. В этой связи важно подчеркнуть отсутствие

адекватных знаний нормальной психологии у многих медицинских работников и отсутствие психопатологических исследований во многих наших лечебницах.

Однако не следует делать вывод, что единственная необходимая реформа - это расширение и совершенствование *психиатрического* лечения психических заболеваний. Пренебрегается не только психологическая сторона. Наиболее удручающим аспектом нынешнего положения дел является *сравнительное отсутствие каких-либо исследований*. Исследования материальной основы психических заболеваний, хотя, безусловно, и более многочисленны, чем психологические исследования, в настоящее время немногочисленны. Множество проблем, связанных с нервной системой, ожидают расследования, и замечательные результаты, полученные небольшой группой энергичных работников в нашей стране, служат доказательством того, как печально, что наша нация пренебрегает своими прекрасными возможностями для достижения гораздо большего в этом отношении. Важные проблемы, связанные с нормальной и патологической анатомией нервной системы, ее патологией и биохимией, встают перед работником на каждом шагу. Физиологические и психологические эффекты различных диет, таких лекарств, как снотворные, *и так далее*, как мало мы о них знаем! Должны ли мы успокоиться, оставив эту обширную неизвестную землю на попечение других наций?

Таким образом, срочно необходимы оригинальные исследования во всех тех отделах, которые должны быть включены в работу по предоставлению убежища. Но также необходимо координировать исследования. Немало отдельных врачей в наших лечебницах, обычно младшего звена, пытаются проводить оригинальные исследования; но в большинстве случаев отсутствие какой-либо перспективы прямой или косвенной личной выгоды от этой работы ослабляет их энтузиазм, если не делает такую работу полностью невозможной. И, конечно же, без добровольного сотрудничества властей по предоставлению убежища скоординированные исследования не могут быть проведены.

Мы снова процитируем отчет Медико-психологической ассоциации в обоснование нашего заявления:

“Исследования в значительной степени зависят от индивидуального энтузиазма, но, безусловно, могут стимулироваться и поддерживаться сотрудничеством старшего медицинского персонала. Есть основания опасаться, что в некоторых кругах такая работа проводится без какого-либо руководства или поощрения со стороны пожилых людей, а кропотливые первоначальные расследования практически не получили признания со стороны властей придерживающихся.... Несмотря на отсутствие единообразия в практике, сообщается, что во многих приютах младшие медицинские работники занимаются только хроническими случаями и не имеют никаких обязанностей в отношении лечения вновь поступивших пациентов. Это представляется крайне нежелательным. Младшим медицинским работникам, в дополнение к их уставным рутинным обязанностям, следует предоставить возможность сотрудничать со своими старшими коллегами в клинической работе. Консультации между различными членами медицинского персонала в сомнительных и интересных случаях очень желательны....” (стр.30.)

Если читатель на мгновение остановится и в воображении поставит себя в положение младшего медицинского сотрудника, “*ведающего только хроническими случаями*”, он не только поймет “угасание амбиций и постепенную потерю интереса к научной медицине”, о которых он читал,

но и сможет восхититься сдержанностью отчета, который может говорить умеренным языком о таком положении дел.

Еще одной трудностью, стоящей на пути этой срочно необходимой реформы медицинского образования, является неадекватность доступных студентам учебников. Во многих из этих учебников вводные главы содержат некоторые, часто не относящиеся к делу, [86] патологическую анатомию, а остальная часть посвящена “психологии”. Последнее часто состоит в основном из анекдотов, часто “забавных” и иногда более подходящих для “послеобеденного” времени, чем учебник, и перечислений психических *симптомов* пациентов. Практически во всех доступных учебниках английского языка последние изображаются только такими, какими они появляются после того, как стали фиксированными, привычными, закаленными и рационализированными. Свободно используются такие “единицы” терминологии, как “бред” или “мания преследования”, “галлюцинации” и т.д. В других разделах клинической медицины составители учебников не описывают пациента как страдающего кашлем и не останавливаются на этом; тем не менее фраза “страдающий бредом” является самым обычным местом в учебниках. И все же точно так же, как кашель может быть вызван туберкулезом легких, раздражением глотки, истерией или множеством совершенно разных причин, каждый класс случаев требует своего лечения, так и причины бреда еще более бесконечно разнообразны.

Но самым серьезным недостатком этих учебников является то, что лишь немногие из них делают какие-либо попытки, за исключением случаев таких форм заболевания, которые имеют органическую причину, объяснить *развитие* проблемы, точную природу первичной причины или причин и способ, которым постепенно происходило нарушение личности пациента.

К сожалению, во многих работах по общей психологии имеются серьезные недостатки, которые делают их практически бесполезными для изучающих психологическую медицину. Это может объяснить, если не оправдать, необычный подбор тем, часто совершенно не относящихся к делу или неподходящих для обсуждения, которые составляют содержание психологического раздела многих английских книг по психическим расстройствам. Но этот недостаток не является достаточным оправданием для пренебрежения такого рода инструкциями, которые имеют жизненно важное значение для правильного понимания таких расстройств. Когда доступны книги, подобные тем, что написаны Макдугаллом, Стаутом, Хартом, Шандом, и Дежеринем и Геклером, становится возможным использовать факты нормальной психологии как естественное, рациональное и необходимое средство объяснения и интерпретации отклонений от нормального состояния.

Мы можем резюмировать здесь некоторые из главных недостатков нашей национальной системы лечения психических расстройств. Прежде всего, это серьезная потеря времени, которая почти неизменно возникает до того, как психически больной человек обращается за медицинской помощью. Это связано с целым рядом причин, и все они предотвратимы. Главная проблема заключается в том, что на пути пациентов, которые *добровольно* обратились бы за помощью, лежит непреодолимое препятствие в виде системы предоставления убежища и ее ограничений. Сотрудникам службы убежища, которые имеют возможность получить глубокие знания о психических заболеваниях, *запрещено* выносить эти знания во внешний мир на благо душевнобольных. Если пациент, страдающий психическим расстройством на самой ранней и легко излечимой стадии, добровольно отправляется в психиатрическую лечебницу и просит

совета, все, что можно для него сделать, - это предложить ему проконсультироваться с врачом на улице или порекомендовать ему позвонить и обратиться к дежурному. Теперь, если у пациента нет значительных средств, практически наверняка он не сможет обратиться ни к одному врачу, который знаком с лечением ранних психических расстройств, а тем более является экспертом в этом вопросе. И, хотя намерения сменяющего офицера могут быть самыми благими, это всего лишь его 'помощь' и все, что она означает, чего несчастный так отчаянно стремится избежать. Короче говоря, все, что чиновники при нашей нынешней системе могут сказать такому человеку, это: "Уходи и тебе станет намного хуже, и тогда нам будет позволено позаботиться о тебе!" Может ли глупость пойти дальше этого?

Однако даже если бы врачу разрешили помочь такому человеку в лечебнице, это было бы далеко не идеальным решением проблемы. Поступление в такое учреждение, даже если бы оно было добровольным, повлекло бы за собой серьезную социальную стигматизацию, о которой так часто упоминалось. Более того, лечебница с ее ассоциациями и последствиями, особенно с предположением о безответственности интернированных в ней пациентов, уничтожила бы одно из главных терапевтических средств в лечении таких случаев. Мы имеем в виду убежденность пациента в том, что он по-прежнему несет ответственность за свои действия и что он по-прежнему способен под руководством врача вылечить себя.

Очевидно, что место, в которое такой пациент должен иметь возможность обратиться, не подвержено какой-либо стигматизации; место, в котором он по своей собственной воле может оставаться некоторое время под присмотром или, если в этом нет необходимости, как это очень часто бывает, которое он может посещать с частыми интервалами для получения совета и лечения. В нем должны работать квалифицированные специалисты, знакомые с диагностикой и лечением *ранних* и *зарождающихся* психических расстройств, а не только с психическим расстройством на поздней стадии невменяемости. В течение многих лет такие учреждения существовали в других странах и являются важной частью их вклада в облегчение человеческих страданий.

Основными функциями такой психиатрической клиники были бы:—

- (1) Уход за психически больными.
- (2) Предоставление возможностей для личного общения между пациентами и психиатрами в процессе обучения.
- (3) Теоретическое и практическое обучение студентов.
- (4) Консультирование врачей общей практики и других лиц, которые сталкиваются с трудными проблемами, возникающими в их повседневной работе.
- (5) Служить связующим звеном между исследованиями в крупных лечебницах и исследованиями в анатомических, патологических, бактериологических, биохимических, психологических и других лабораториях университетов.
- (6) Научное исследование психических и телесных факторов, связанных с психическими заболеваниями.

(7) Содействие международному обмену научными знаниями о психических расстройствах посредством приема посетителей из других стран.

(8) Распространение медицинских взглядов на определенные важные социальные вопросы и исправление существующих предрассудков относительно безумия.

(9) При необходимости - последующий уход за выписанным пациентом.

Мы уже приводили некоторые подробности деятельности нескольких клиник за рубежом[87] и указывали на их ценную функцию в спасении высокого процента пациентов от участи сумасшедшего дома, в то же время освобождая общество от серьезных расходов, связанных с пожизненным содержанием этих пациентов в качестве нищих сумасшедших.

Мы можем процитировать статью доктора Р. Г. Роуса[88], описывающую психиатрические клиники Мюнхена и Гиссена:

“Они проводятся в соответствии с принципом ‘свободно приходить, свободно уходить’, насколько это совместимо с безопасностью пациента и общества. Ни в одной из этих клиник нет какого-либо юридического документа, необходимого для приема или выписки пациентов. Но в тех случаях, когда характер и тяжесть психического расстройства требуют более длительного содержания пациента в клинике или психиатрической лечебнице, такое содержание может осуществляться только в соответствии с юридической процедурой, которая тщательно защищает права пациентов.

Таким образом, можно избежать клейма позора, которое накладывается на аттестацию и уединение в приюте. О том, что это ценится широкой общественностью, свидетельствует количество людей, которые используют предоставляемые им возможности. В 1907 году в клинику в Гиссене на семьдесят коек было принято от трехсот до четырехсот пациентов. Из отчета клиники в Мюнхене за 1906-1907 годы мы узнаем, что в 1905 году (первый полный год после ее открытия) поступило 1600 человек, в 1906 году - 1832 человека и в 1907 году - 1944 человека. В настоящее время количество поступающих составляет десять-двенадцать человек в день. Следует отметить, что в Мюнхене клиника открыта для приема пациентов днем и ночью, так что они могут быть переданы под опеку специалиста в кратчайшие возможные сроки, а болезненные впечатления, часто производимые задержанием и ограничением со стороны неквалифицированных лиц и неподходящей обстановки, сведены к минимуму. Это немедленное лечение со стороны людей, страдающих безумием, является вопросом величайшей важности с точки зрения благоприятного исхода многих из этих случаев.

Давайте теперь рассмотрим фактическое обращение с теми, кто поступил в эти учреждения. Что больше всего впечатлило нас в этих клиниках, так это отсутствие шума и возбуждения среди пациентов; это, безусловно, было наглядной демонстрацией ценности применяемых методов лечения. Во-первых, признается, что пациенты не должны быть переполнены друг другом: ни в одной из палат не более десяти коек.... Опыт показывает, что для пациента, который слишком возбужден, чтобы оставаться в постели, или который слишком сильно беспокоит окружающих, длительные теплые ванны являются лучшим средством успокоения и приведения его в такое состояние, которое позволяет держать его в палате. О степени применения ванн можно судить по тому факту, что помимо ванн, используемых для обычных целей поддержания чистоты, в мюнхенской клинике имеется восемнадцать ванн для длительного лечения, пять передвижных ванн, одна электрическая и одна душевая ванна. Иногда используется влажный компресс.

Ванны устроены таким образом, что пациент может оставаться в ванне в течение нескольких дней или недель, в зависимости от обстоятельств, спать там и принимать пищу. Результатом лечения стало то, что гипнотические препараты и заключение в одиночной палате стали рассматриваться как зло, к которому следует прибегать лишь в редких случаях; фактически, в отдельных палатах находятся выздоравливающие и довольно спокойные пациенты, а не недавние и острые случаи.

Лечение по этим направлениям, конечно, потребует привлечения большого медицинского и сестринского персонала. В Гиссене, где имеется 70 коек и от трехсот до четырехсот госпитализаций в год, работают пять медицинских работников, включая директора. В Мюнхене, где имеется сто двадцать коек и три или четыре тысячи приемных отделений, есть пятнадцать медицинских работников, которые выполняют работу по обследованию и наблюдению за пациентами. Сестринский персонал должен быть обеспечен в пропорции не менее одного к пяти. Это, конечно, высокая цифра, но следует помнить о двух условиях: во—первых, очень большое количество рассмотренных случаев госпитализации и, во-вторых, то, что эти клиники созданы не для содержания душевнобольных, а для ухода и лечения тех, кто страдает от зарождающихся психических расстройств - важнейшее отличие, которое еще не полностью оценено в этой стране.

Помимо пациентов, поступающих в клиники для лечения, большое количество из них получают консультации и помощь в амбулаторных отделениях”.

Следует отметить, что в Германии при каждом университете есть психиатрическая клиника.

Одними из важнейших функций клиники являются обучение и научные исследования. Каждый ассистент в мюнхенской клинике занимается каким-либо выбранным направлением обучения. Для того чтобы у него было больше возможностей ознакомиться с литературой по данному предмету и закончить выбранную им работу, ему предоставляется, помимо ежегодного месячного отпуска, два месяца в году для этой цели. Часто вечера посвящаются обсуждению оригинальной работы, проводимой в клинике и в других местах. Кроме того, проводятся многочисленные краткосрочные курсы по специальным предметам, так что в клинику можно поступить для обучения вопросам, требующим специальных знаний в области деликатной техники и диагностики.

Особое значение в мюнхенской клинике имеет курс для квалифицированных врачей. В 1907 году в нем приняли участие *шестьдесят человек, из которых треть были иностранцами*. Что мы, в Великобритании, можем показать по сравнению с этим? Наши физические, химические, физиологические и патологические лаборатории привлекают выдающихся иностранцев из университетов других стран, хотя двадцать - это число, которым могли бы гордиться даже наши самые знаменитые лаборатории. Но сколько иностранцев приезжает к нам изучать безумие? Действительно, очень мало, и причину искать недалеко.

В мюнхенской клинике, опять же, мы находим хорошо оборудованные помещения для клинического обследования, для более глубокого исследования психической жизни с помощью экспериментальной психологии, для изучения патологической анатомии и патологии и для более тонкого исследования крови и других жидкостей организма. Кроме того, эти лаборатории не только просторны и хорошо оборудованы, но и заняты занятыми, увлеченными и

квалифицированными работниками. Свидетельством их деятельности являются многочисленные публикации.

Таким образом, мы утверждаем, что система клиник является решительным шагом вперед в лечении психических расстройств, который приняли другие страны, в то время как мы годами стояли сложа руки.^[89] С гуманитарной и научной точки зрения есть все, что можно сказать в пользу клиник. Практичный англичанин, однако, спросит: “А как насчет финансового аспекта? Не являются ли эти учреждения с их высокой долей врачей и медсестер среди пациентов непомерно дорогими?”

Ответ на этот вопрос заключается в том, что, безусловно, клиника относительно дороже, чем лечебница. Но поскольку функция клиники состоит в том, чтобы спасти как можно больше пациентов от попадания в лечебницу, очевидно, что о ее расходах следует судить с особой точки зрения. Содержание ремонтной мастерской всегда обходится сравнительно дорого, независимо от того, является ли ремонтируемый материал человеческим или нет. Стоимость ремонта автомобиля в день обычно значительно выше, чем ежедневная плата за хранение его в гараже в неисправном состоянии. Тем не менее, мы с радостью платим более высокую плату по той простой причине, что автомобиль в гараже нам бесполезен и что ежедневная плата за содержание автомобиля составила бы колоссальную сумму, если бы она выплачивалась в течение многих лет. Не можем ли мы применить те же рассуждения к случаю с психически неупорядоченным человеком? Это означает самое низкое представление о ценности личности для общества. Однако, похоже, что британская общественность до сих пор была невосприимчива даже к этим финансовым соображениям.

Но все же можно спросить, не могут ли врачи в приютах выполнять предложенную работу? Ответ на это заключается в том, что, помимо нежелательности того, чтобы пациент, страдающий легким психическим расстройством, был связан с учреждением, в котором содержатся определенно душевнобольные, для врачей приюта физически невозможно выполнять эту работу до тех пор, пока нынешнее соотношение врачей и пациентов остается неизменным. Многие ли представители британской общественности осознают тот факт, что вполне обычно врач приюта ведет по меньшей мере 400 пациентов, и что иногда это число достигает 600? Если вспомнить, что душевнобольные пациенты даже более склонны, чем обычный человек, страдать от физических недугов, и что их психические расстройства бесконечно осложняются задержками, возникающими до обращения за медицинской помощью, становится ясно, что врачу, который преуспел бы в индивидуальном лечении таких пациентов, потребовалась бы титаническая энергия и добавление по крайней мере еще двадцати четырех часов к каждому из своих рабочих дней. Поэтому мы не можем сравнивать персонал клиники с персоналом британского приюта для умалишенных, поскольку штат последнего, к сожалению, слишком мал.

Что касается финансового аспекта вопроса, мы можем снова процитировать статью доктора Роуса:—

“... мы, без сомнения, столкнемся с возражением, что создание таких учреждений повлечет за собой расходование такой огромной суммы денег. Я полагаю, что мы тратим в Великобритании около 3 000 000 фунтов стерлингов в год на тех, кто страдает различными формами психических расстройств. Это, безусловно, огромная сумма, которую можно потратить, получая так мало взамен. Значительная часть этих денег тратится на жилье, питание, одежду и уход за 97 000

заключенными в приютах графств и округов Англии и Уэльса. Из отчета уполномоченных, опубликованного в 1910 году, мы узнаем, что за предыдущий год в эти приюты поступило 20 000 пациентов, из них более 30 процентов. были выписаны после более длительного или более короткого содержания под стражей. Теперь можно с уверенностью сказать, что очень немногие из этих 20 000 новых госпитализированных получили или могли бы получить какую-либо консультацию по поводу своего психического заболевания от любого, у кого был опыт психических расстройств, до того, как они достигли стадии, когда сертификация и уединение в лечебнице стали необходимыми. Когда мы посетили Гиссен, профессор Зоммер сообщил нам, что в провинции Гессен благодаря надлежащему лечению на ранних стадиях психических заболеваний удалось отложить на несколько лет строительство нового приюта в провинции. Не справедливо ли поэтому предположить, что, если бы были предоставлены средства, позволяющие тем, кому угрожает психическое расстройство, получить квалифицированную консультацию и лечение в хорошо организованной психиатрической клинике, мы сэкономили бы достаточно 3 000 000 фунтов стерлингов, чтобы оправдать расходы, связанные с созданием таких клиник? Они принесли бы нам дополнительную пользу в том смысле, что мы смогли бы избежать распада семьи, который сейчас во многих случаях следует за отправкой кормильца семьи в приют и его длительным содержанием там”.

И

“... можно предположить, что нам следует попытаться продемонстрировать возможность экономии денег, чтобы привлечь внимание общественности к нашему вопросу. Я не думаю, что в этом есть необходимость. Стоимость лечения ранних стадий психического расстройства не может быть выражена в фунтах, шиллингах и пенсах. Более того, я утверждаю, что наш долг как медиков - гарантировать удовлетворительное лечение пациента, и мы не имеем права позволять, чтобы в наших действиях доминировали денежные соображения. Я уверен, что чем больше этот вопрос будет разумно ставиться перед общественностью, чем больше мы будем настаивать на необходимости раннего лечения и научных знаниях как основе любого лечения, тем меньше общественность будет жаловаться на расходы. Мы должны благодарить самих себя за то, что общественность так постоянно обращается к денежным вопросам. Поощряем ли мы когда-нибудь общественность рассматривать этот вопрос с какой-либо другой точки зрения? Указываем ли мы на то, что безумие является продуктом цивилизации? Призываем ли мы людей рассматривать безумие как болезнь, с которой можно что-то сделать и к которой следует относиться разумно и гуманно? Не лучше ли нам сказать вместе с публикой: “Заприте его, поместите туда, где он не сможет причинить вреда ни себе, ни своим соседям”? Разве мы не говорим о стерилизации несчастных страдальцев и предотвращении брака и продолжения рода до того, как предпримем честные усилия исследовать, что такое безумие на самом деле, каков механизм его возникновения и как мы можем научить страдающих таким недугом помогать себе? Как же тогда мы можем ожидать, что общественность будет делать что-либо, кроме недовольства такими расходами? Общественность не возражала против того, чтобы тратить деньги на другие отрасли медицины, когда была продемонстрирована необходимость, и нет никаких причин, если сотрудники службы по борьбе с неврозами в этой стране разовьют уверенность в себе, почему они не должны быть в состоянии вселить уверенность в тех, кто не является профессионалом”.

Предлагаемые реформы. После удручающей картины нынешнего положения дел в этой стране возникнет вопрос: “Что нужно сделать, чтобы это исправить?” Ответ на этот вопрос ясен и определен.

Для облегчения душевнобольных среди нас, и особенно для предотвращения безумия, наш прямой долг как нации - принять меры, подобные тем, которые большинство цивилизованных стран приняли некоторое время назад. Для этой цели необходимо, чтобы существовали больницы, в которые пациенты с ранними стадиями психических расстройств могли бы обратиться без каких-либо юридических формальностей и получить надлежащее лечение у врачей, компетентных диагностировать их проблемы и дать им соответствующие рекомендации. Важно, чтобы такие специальные больницы были прикреплены к больницам общего профиля, чтобы чувствительных пациентов не удерживал от обращения к ним страх перед стигматизацией, которая в этой стране, к сожалению, неразрывно связана с идеей “сумасшедшего дома”. Также важно, чтобы такие учреждения были связаны с медицинскими школами не только для обеспечения надлежащего образования будущих поколений практикующих врачей, но и для предоставления персоналу таких больниц надлежащих возможностей для проведения исследовательской работы, которая необходима для успеха схемы, которую мы в общих чертах изложили.

Однако не менее важной и неотложной реформой, чем вышеупомянутая, является другое соображение — *правовой* аспект обращения с психически ненормальными.

На вопиющие недостатки существующей системы хорошо и кратко указал доктор Бедфорд Пирс в своей статье, которую мы процитировали, опубликованной в “Британском медицинском журнале” от 8 января 1916 года.

Опять же, сэр Джордж Сэвидж в книге “Система медицины Олбатта” (Том VIII, стр. 429) утверждает:—

“Законодательство этой страны о невменяемости, несмотря на Законы 1890 и 1891 годов, остается в неурегулированном состоянии; а уход и лечение душевнобольных обременены неприятностями и ненужными ограничениями. Мало того, что шаги, необходимые для передачи душевнобольного лица под юридическую опеку, сложны и неуклюжи, но они во многих случаях приводят к задержке того раннего лечения, которое так важно в случаях психических заболеваний ”.

Доктор Ф. В. Мотт пишет:—

“Есть еще один момент, который желательно упомянуть, исходя из опыта работы как в больнице, так и в приюте для душевнобольных, и это необходимость какой-либо серьезной попытки разработать средства предотвращения для стационарного лечения таких случаев зарождающегося и острого помешательства, которые еще не подтверждены. Вполне вероятно, что многие не попали бы в приюты, и, таким образом, определенное количество пациентов добровольно и вовремя попадают под наблюдение, чтобы замедлить прогрессирование

болезни. Практикующие врачи могли бы направлять сомнительных пациентов для наблюдения и лечения в такие больницы, где, более того, была бы предоставлена возможность улучшить свои собственные знания о ранних признаках безумия”.[90]

Он настаивает на желательности создания специальных отделений при больницах общего профиля, указывая, что психически больной, поступающий из такого отделения, таким образом, не будет заклеен как невменяемый. Он цитирует из “Американского писателя по психиатрии”: “Повезло бы сообществу, в котором была бы полностью оборудованная и хорошо организованная психиатрическая клиника, находящаяся под контролем университета и посвященная решению подобных проблем. Само существование такого учреждения указывало бы на то, что люди были так же заинтересованы в усилиях по повышению общественного здравомыслия, как и в результатах исследований в самых отдаленных уголках земли или в открытии новой звезды ”.[91]

В отчете Медико-психологической ассоциации говорится:—

“Закон о невменяемости не разрешает открывать клиники по рекомендованным направлениям и не предусматривает приема несертифицированных пациентов в государственные приюты. Это, во всяком случае, на данный момент, делает несостоятельными предлагаемые схемы обеспечения лечения зарождающихся и неподтвержденных случаев психических расстройств, и вместе с этим, в значительной степени, не дает возможности для изучения, на что делался упор для пополнения знаний и повышения эффективности медицинских работников приюта ”. (стр.10.)

Подобные весомые мнения подчеркивают еще один фактор неотложной реформы — необходимость тщательного пересмотра закона о невменяемости, с тем чтобы, защищая свободу субъекта, устранить все препятствия, которые мешают пациентам, которым угрожает страшное бедствие невменяемости, получить профилактическое лечение в кратчайшие возможные сроки.

В "Ланцете" от 5 августа 1916 года доктор Л. А. Узерли пишет:

“Важный факт, который необходимо постоянно подчеркивать во всех этих дискуссиях, заключается в том, что, согласно отчетам уполномоченных по делам о невменяемости, *уровень выздоровления от психических заболеваний сегодня не выше, чем в "семидесятых" годах прошлого века.* Я уверен, что постоянно возрастающие трудности с быстрым оказанием квалифицированной помощи психически больным с небольшими средствами должны в значительной степени объяснять этот прискорбный факт ”.

“Топтание на месте” с семидесятых годов прошлого века — как это состояние соотносится с состоянием большинства других отраслей медицинской науки? Болезни сердца, дифтерия, туберкулез, столбняк, сепсис всех видов - все эти и многие другие проблемы показали безошибочные признаки того, что они уступают непрекращающимся и многосторонним атакам медицинских исследований. И, что безумно, все, о чем мы можем сообщить в этой стране, - это “незначительный прогресс или его отсутствие в течение пятидесяти лет”. Поистине, мы зарыли наш талант глубоко в землю.

Наконец, мы можем процитировать статью, первые предложения которой могли быть написаны вчера, но она была опубликована в 1849 году! Это был четвертый отчет комитета по посещению убежища Ханвелл. Комитет говорит: —

“В уставе приюта Ханвелл нас также поражает нехватка прикрепленных к нему медицинских работников. В округленных цифрах насчитывается около 500 пациентов мужского пола и 500 пациентов женского пола, однако к каждому отделению прикреплен только один постоянный медицинский сотрудник и один приходящий врач на все учреждение. Неэффективность столь малочисленного медицинского персонала очевидна. Если мы посмотрим через Ла-Манш, то обнаружим, что в Париже в Сальпетриере, где находится тысяча пациентов, в четыре раза больше приезжих врачей и в десять раз больше постоянных медицинских работников. Диспропорция между здравомыслящими и безумными здесь настолько велика, что при такой системе невозможно оказывать какое-либо моральное влияние на страдающее множество”.

“... При таком учреждении должен быть более многочисленный медицинский персонал *и постоянная клиника*.... Приют округа Ханвелл, который в значительной степени поддерживается за счет ставок округа и приходских взносов, является такой же больницей, как Сент-Джордж или Сент-Варфоломей, и должен иметь такой же многочисленный и эффективный медицинский персонал, как в любых других столичных больницах. Хотя благотворительность, таким образом, может осуществляться на основе высших принципов христианской благотворительности, необходимо что-то предпринять, чтобы продвинуть наши познания в науке и тем самым дать нам возможность облегчить страдания страждущего человечества”.

Пыль толстым слоем лежит на этом томе, опубликованном незадолго до *Крымской*, а не нынешней войны. И сегодня, подобно этому ранневикторианскому комитету, мы по-прежнему требуем создания клиник, мы по-прежнему требуем, чтобы научную работу выполнял более многочисленный и лучше оснащенный персонал, мы по-прежнему с восхищением смотрим по ту сторону Ла-Манша — короче говоря, одобряя лучшее, мы следим за худшим. Мы провели полвека и более в сравнительной праздности. Теперь война преподала нам урок. Должны ли мы забыть это снова?

Оправдания инертности, выдвинутые до августа 1914 года, больше не могут приниматься. Тысячи случаев контузии, которые были зафиксированы в наших больницах с тех пор, вне всякого сомнения, доказали, что раннее лечение психических расстройств является успешным с гуманитарной, медицинской и финансовой точек зрения. Мы, а не наши дети, должны действовать в свете этого великого урока.

СНОСКИ:

[74] с. 105.

[75] Однако не следует забывать, что к алкоголю часто прибегают как к легкому средству заглушить беспокойство о непрекращающемся психическом конфликте. Другими словами, ясно, что при лечении алкоголизма, как и при лечении безумия, мы не освобождены от простой обязанности искать его психическую причину или поводы. таким образом, “пьянство” во многих случаях проявляется скорее как вторичное осложнение, чем как первичный фактор.

[76] Ср. У. Олдрен Тернер, указ. соч.

[77] Одним из самых приятных из них является щедрый дар клиники Лондону доктором Генри Модсли. До настоящего времени это учреждение оказывало ценные услуги стране в составе 4-го Лондонского главного военного госпиталя.

[78] Приложение к отчету Медико-психологической ассоциации, стр. 18.

[79] “Одна вещь, которая произвела впечатление ... [нас] ... проходя через ... в клинике Гиссена с профессором Зоммером мы часто слышали, как он произносил слово "выздоровливает", когда проходили мимо пациентов”. Там же., стр. 17.

[80] Указ. соч., стр. 2.

[81] Указ. соч., стр. 15-16.

[82] *Vide infra.*

[83] с. 202.

[84] “... в настоящее время у нас мало возможностей для преподавания этого предмета, и этот предмет не преподается”. (Отчет Медико-психологической ассоциации, стр. 20.)

[85] По поводу этого приговора 29 ноября 1914 г. Британский медицинский журнал написал: “Более суровое обвинение существующей системе, чем содержится в этом отчете, было бы трудно сформулировать.... Мы ничего не можем добавить к этому резко сформулированному осуждению, кроме выражения согласия с мнением о том, что изложение представленных фактов требует серьезного внимания государственных органов и всех, кто заинтересован в благополучии душевнобольных”.

[86] неуместно, потому что в таких книгах дается описание патологической анатомии нервной системы только в том виде, в каком она проявляется после очень продолжительного заболевания.

[87] стр. 82 и далее.

[88] “Развитие психиатрической науки как отрасли общественного здравоохранения”, Журнал психических наук, январь 1912г.

[89] Отрадное открытие клиники Модсли и предоставление помещений для амбулаторного лечения в нескольких больницах Англии и Шотландии являются признаками того, что ситуация, наконец, улучшается. Но мы уверены, что врачи, заведующие такими амбулаторными отделениями, первыми признали бы свою несостоятельность и настаивали бы на желательности психиатрической клиники, подобной описанной в этой книге.

[90] Архив неврологии, 1903, т. II, стр. 1.

[91] Архив неврологии, 1907, т. III, стр. 28.